

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE DROIT

LES
CAISSES MUTUALISTES
DE
RÉASSURANCE DE LONGUE MALADIE

THÈSE POUR LE DOCTORAT

Sciences Politiques et Économiques

Présentée et soutenue le LUNDI 5 DÉCEMBRE 1921, à 4 h. 1/4

PAR

André CUNIN

Président de Thèse : M. SOUCHON.

Suffragants : { M. HITIER.
M. GERMAIN-MARTIN.

PARIS

IMPRIMERIE M. VILLAIN ET M. BAR, 22, RUE DUSSOUBS

1921

LES CAISSES MUTUALISTES

DE

REASSURANCE DE LONGUE MALADIE

LES
CAISSES MUTUALISTES
DE
RÉASSURANCE DE LONGUE MALADIE

THÈSE POUR LE DOCTORAT

Sciences Politiques et Économiques

Présentée et soutenue le LUNDI 5 DÉCEMBRE 1921, à 4 h. 1/4

PAR

André CUNIN



Président de Thèse : M. SOUCHON.

Suffragants : $\left\{ \begin{array}{l} \text{M. HITIER.} \\ \text{M. GERMAIN-MARTIN.} \end{array} \right.$

PARIS

IMPRIMERIE M. VILLAIN ET M. BAR, 22, RUE DUSSOUBS

1921

La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

PREMIÈRE PARTIE

Introduction. — La Mutualité. Le risque de maladie dans les Sociétés de secours mutuels.

Chapitre Premier. — Historique des Caisses mutualistes de réassurance de longue maladie.

Chapitre Deuxième. — Le système de la Caisse de Reims et le système de la Caisse de Toulon.

Chapitre Troisième. — Le budget des Caisses de réassurance. Les ressources ordinaires et les ressources extraordinaires ; les dépenses. Le budget de la Caisse de Reims et le budget de la Caisse de Toulon. Importance financière et numérique de la réassurance.

Chapitre Quatrième. — La réassurance peut se concevoir de deux façons.

Chapitre Cinquième. — La longue maladie en Alsace et en Lorraine.

DEUXIÈME PARTIE

Les Caisses de réassurance et l'invalidité.

Chapitre Premier. — L'assurance-invalidité par les Caisses de réassurance de longue maladie. Les divers sens du terme « invalidité ». Celui qu'il convient d'adopter. Modifications à apporter dans les Caisses de réassurance pour qu'elles secourent tous les invalides.

Chapitre Deuxième. — L'invalidité dans la loi du 5 avril 1910. L'assurance-invalidité en Alsace et en Lorraine.

Appendice. — Le projet de loi du 22 mars 1921.

Conclusion.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

LA MUTUALITÉ. — Le risque de maladie dans les Sociétés de Secours Mutuels

La Mutualité.

Tous les auteurs qui ont cherché à déterminer l'époque de la naissance de l'idée mutualiste, la font unanimement remonter au jour où s'est constituée une réunion d'êtres humains.

M. Dédé, notamment, n'hésite pas à dire que : « La division du travail, rudimentaire sans doute, qui s'établit entre les chefs de famille groupés sous l'autorité de l'ancêtre, fut inspirée dans les débuts, bien plus par le principe de collaboration mutuelle à l'existence du groupe, que par le principe du moindre effort (1).

« N'est-il pas naturel que les faibles éprouvent le besoin d'unir leurs efforts, leurs intelligences et leurs énergies pour parer aux difficultés de la vie qui pèsent si lourdement sur eux (2). »

N'est-ce pas cette idée que Lafontaine a voulu exprimer quand il fit son vers célèbre : « Il faut s'entr'aider, c'est la loi de nature » ?

Les premières institutions qui semblèrent mettre en œuvre ce principe d'aide mutuelle sont connues, grâce aux travaux de M. Etienne Martin Saint-Léon qui s'exprime ainsi : « Déjà, dans l'antiquité grecque, l'histoire nous signale l'existence

(1) E. Dédé. — *Les Sociétés de secours mutuels*, p. 2.

(2) A. ALLAIN. — *L'assurance contre la maladie dans la mutualité française*.

d'institutions de prévoyance dites Eranies (1), dont les membres, en échange d'une redevance annuelle de trois drachmes, recevaient en cas de maladie, certains secours dont nous connaissons mal la nature (2). »

A Rome, dès 495 avant J.-C., on rencontre des associations appelées : *collèges, sodalités, corps* (3), qui constituaient un fonds commun au moyen de cotisations dans le but de pourvoir aux funérailles des sociétaires décédés et d'accorder des secours aux malades, aux indigents, aux veuves et aux orphelins (4).

Dès le II^e siècle, les chrétiens formèrent des groupements de même nature, sous les noms de : *Fraternitas, Ecclesia fratrum Cultores Verbi* ou *Dei*.

En Gaule, devant l'impuissance de leurs gouvernants, les populations créèrent des Sociétés connues sous le nom de Ghildes.

Auguste Thierry dit que dans ces Ghildes, « il y avait assurance mutuelle contre les voies de fait et les injures, contre l'incendie et les naufrages, et aussi contre les poursuites légales encourues pour des crimes ou des délits même avérés ».

Quelques clauses des statuts de ces Ghildes se retrouvent encore aujourd'hui dans les Sociétés de secours mutuels. Il fallait, par exemple, payer un droit d'entrée et, parmi les

(1) Ces Eranies appelées également Sumedries ou Hitairies remonteraient à la loi de Solon.

Théophraste faisant allusion à ces groupements raconte « qu'il existait chez les Athéniens et dans les autres états de la Grèce des associations ayant une bourse commune que leurs membres alimentaient par le paiement d'une cotisation annuelle et que le produit de ces cotisations était destiné à donner des secours à ceux d'entre eux qui avaient été atteints par une adversité quelconque ». (Théophraste, ch. XV. Note 8 de Casaubus.)

(2) ETIENNE MARTIN SAINT-LÉON. — Collection des brochures de l'*Action populaire*, 15, rue d'Angleterre, à Lille. N° 1. Deuxième série : Mutualité. Etude générale.

(3) Ces associations voulurent jouer un rôle en politique — on a retrouvé sur les murs de Pompéi des affiches attestant la part qu'elles ont prise dans l'élection des triumvirs — ce qui amena leur suppression à plusieurs reprises, notamment par César et Auguste.

(4) Mommsen, notamment en 1843, affirmait que ces collèges accordaient des secours aux indigents, aux veuves, et aux orphelins.

M. Dédé dit que Waltzing le conteste.

Conghildes, se trouvaient les puissants de la localité où elles fonctionnaient ; ces personnes nous font songer aux membres honoraires (1).

Ces Ghildes étaient placées sous le patronage d'un dieu ou d'un héros ; le christianisme conserva l'institution qui prit en France le nom de frérie ; le patronage fut confié à un saint.

Vers le ¹¹^e siècle, apparut la « Commune Jurée », issue de la Gilde et consistant en une association des habitants d'une même ville. La Charte communale contenait des prescriptions d'aide mutuelle sanctionnées par des amendes. D'après la Charte de Soissons, tous les hommes devaient s'aider mutuellement et quand la cloche sonnait pour assembler la commune, si quelqu'un ne se rendait pas à l'assemblée, il était frappé d'une amende de 12 deniers (2).

Dans tout le moyen âge, on constate que le sentiment d'aide mutuelle pénètre les esprits, provoque des groupements, prépare une progressive mais sûre émancipation.

M. Etienne Martin Saint-Léon signale la présence, au ¹²^e siècle, des premières corporations de métiers qui ne devaient disparaître qu'en 1791.

« L'esprit municipal qui s'affirmait nettement à cette époque, le grand élan de foi qui avait soulevé la France en l'an mille et fit jaillir de notre sol nos plus belles cathédrales, la nécessité d'avoir pour ces grands et longs travaux des ouvriers habiles et disciplinés semblent avoir donné naissance aux principes d'autonomie, de réglementation intérieure, d'aide mutuelle rigoureusement observés dans le métier (3). »

A côté de la Corporation de métiers, nous retrouvons la

(1) Il ne faudrait pas croire que la Gilde païenne était comparable en tous points à la Société de secours mutuels actuelle. Le nom même veut dire « banquets à frais communs ». Tout en effet était prétexte à ripailles ; pour l'admission, on exigeait un estomac robuste. De plus, les statuts contenaient certaines règles suggestives : « Défense de se battre à table, d'emporter les reliefs du festin, de s'y oublier, de s'enivrer au point de perdre la raison et de rouler par terre avant d'être rendu chez soi. »

(2) Coquille parle d'associations de serfs connues sous le nom de « Ménages des champs », qui avaient pour but de se venir en aide mutuellement dans l'Agriculture.

(3) E. DEDÉ : — *Les Sociétés de secours mutuels*, p. 14.

Confrérie religieuse qui dérive, comme nous l'avons déjà dit, de la Ghilde.

Tandis que la Corporation était un organisme économique surtout professionnel, la Confrérie religieuse était une association professionnelle sans doute, mais religieuse et secourable, dans laquelle on pratiquait l'aide en faveur des infirmes, des malades, des veuves, des vieillards et des orphelins autrement dit, elle avait des tendances mutualistes plus accusées.

Les statuts de la Confrérie prévoyaient très nettement les soins médicaux, les indemnités de maladie et les frais de funérailles. Les ressources se composaient des cotisations, d'amendes et des droits d'entrée (1). Les maîtres faisaient un don, comme dit M. Dédé, « ils étaient les membres honoraires tout indiqués ».

Nous retrouvons toutes ces prescriptions des statuts des Confréries dans les Sociétés de secours mutuels; aussi, est-ce dans la Confrérie religieuse que nous voyons l'aïeule de la Société de secours mutuels (2).

Dans les Corporations de métiers et les Confréries, les maîtres et les compagnons étaient réunis. Au moment de la renaissance de l'Art Chrétien, au VII^e siècle, les Compagnons, probablement dans le but de mieux défendre leurs intérêts, formèrent des groupements indépendants appelés « devoirs » ou « Compagnonnages ».

(1) Les compagnons menuisiers payaient un droit d'entrée de 4 ardicts et une cotisation annuelle de 16 ardicts. Les statuts accordaient, déterminaient une indemnité hebdomadaire de maladie de 3 sols tournois (environ 12 fr.).

(2) La Confrérie la plus fameuse était celle des fourreurs de vair, fondée en 1319, dont les statuts se trouvent dans le volume de M. E. Laurent. *Le paupérisme et les Associations de prévoyance*, tome I, p. 215. Le caractère mutualiste de cette association est évident. Chaque membre payait 10 sous 6 deniers d'entrée, plus un denier par semaine. Moyennant ces redevances chaque associé recevait en cas de maladie 3 sous par semaine, 3 sous pour la semaine qui suivait la convalescence et 3 sous une fois payés. Ces secours limités au cas de maladie ou infirmité, n'étaient pas alloués en cas de blessure. Tout corroyeur qui cessait de payer sa cotisation pendant plus de six semaines était déchu du bénéfice des statuts. Enfin la gestion des deniers sociaux était confiée à six des confrères qui devaient en rendre compte une fois par an au commun du métier.

Tous les membres étaient des mutualistes (1). Moyennant le versement de cotisations fixées, les Compagnons, en cas de maladie, avaient droit aux soins médicaux et à une indemnité quotidienne pendant trois mois.

Les Corporations, les Confréries et les Compagnonnages furent condamnés par le décret du 4 juin 1791 rendu sur la proposition de Le Chapelier.

L'étude que nous venons de faire sur les origines de l'idée mutualiste et les premières institutions qui la mirent en application nous prouve que cette idée et ces institutions sont nées des circonstances et des besoins, « qu'elles sont des sortes de végétations organiques de l'obscur dessein germé dans l'âme populaire » (M. Mabillean).

N'étant pas une création du législateur, elles survécurent à toutes les prohibitions que celui-ci édicta contre elles. Non seulement les Confréries et les Compagnonnages se reformèrent après la Révolution, mais encore des Sociétés de secours mutuels se créèrent malgré l'article 291 du Code Pénal qui interdisait les associations de plus de vingt personnes.

Dans la période qui va de 1848 à 1852, l'article 291 fut abrogé, et la première Assemblée révolutionnaire nomma une Commission qui prépara un projet de réglementation des Sociétés de secours mutuels.

De ce projet, sortit la *loi du 15 juillet 1850*.

Cette loi distinguait, dans son article 12, trois sortes de Sociétés de secours mutuels :

1^o Les Sociétés de secours mutuels déjà reconnues comme établissements d'utilité publique. Elles continuaient à s'administrer conformément à leurs statuts ;

2^o Les Sociétés non autorisées mais existant depuis un temps assez long pour que les conditions de leur administration aient été suffisamment éprouvées. Elles pouvaient être reconnues comme établissement d'utilité publique, même si

(1) « Unis par les liens du compagnonnage, les ouvriers furent les membres d'une vaste famille, où chacun considérait son voisin comme un frère. » (Levasseur, *Histoire des Classes laborieuses*, liv. IV, chap. V, p. 604.)

leurs statuts n'étaient pas complètement en règle avec les conditions de la loi ;

3^o Les autres Sociétés de secours mutuels constituées au moment du vote de la loi ou qui se seraient formées à l'avenir pouvaient s'administrer librement, tant qu'elles ne sollicitaient pas leur reconnaissance d'utilité publique.

La reconnaissance d'utilité publique conférait certains avantages, notamment la faculté de recevoir des donations et des legs « après y avoir été dûment autorisées » et le droit d'exiger des communes la gratuité pour les locaux nécessaires.

Le décret du 26 mars 1852 qui suivit la loi du 18 mars 1850 créa un type nouveau : les Sociétés de secours mutuels approuvées.

L'approbation était donnée par le Ministre de l'Intérieur pour le département de la Seine, et par le Préfet pour les autres départements.

On l'obtenait plus facilement que la reconnaissance d'utilité publique, et elle donnait à peu près les mêmes avantages.

Ce décret se caractérisait par une innovation très importante ; il autorisait l'admission des membres « honoraires ». (Ces membres payent les cotisations fixées ou font des dons à l'association sans participer aux bénéfices des statuts.) Une Commission supérieure d'encouragement et de surveillance des Sociétés de secours mutuels comprenant dix membres était également instituée ; elle fut l'aïeule du Conseil supérieur de la Mutualité créé par la loi du 1^{er} avril 1898.

Ces textes de 1850-1852, qui constituaient pourtant un très grand progrès dans le sens libéral et sur toute la législation antérieure, apparurent bientôt gênants, en raison même du développement de la Mutualité qu'ils favorisèrent.

Toutefois, la Chambre et le Sénat eurent beaucoup de mal à se mettre d'accord, et ce n'est qu'après de multiples efforts que les mutualistes arrivèrent à faire voter la loi du 1^{er} avril 1898, que l'on appela aussitôt « la Charte de la Mutualité ».

Le législateur de 1898 maintient : les Sociétés libres, les Sociétés approuvées, les Sociétés reconnues d'utilité publique.

Les buts que peut se proposer une Société sont augmentés (1)

L'article 8 autorise les Sociétés à se grouper en Unions. Les Unions, qui centralisent tous les renseignements que leur font parvenir les Sociétés affiliées, et peuvent disposer de ressources considérables, sont à même, en raison de leur importance, de faire triompher les revendications des mutualistes, de créer des grands services, tels que les Caisses de réassurance, les Comités d'arbitrage, etc...

Qu'il nous soit permis de remarquer, pour terminer, que contrairement à une opinion assez répandue, la loi du 1^{er} avril 1898 a très peu innové, elle est tout simplement une sorte de codification des textes antérieurs.

Le risque de maladie dans les Sociétés de secours mutuels.

Nous avons fait, jusqu'ici, un historique pur et simple de la Mutualité. Avant d'étudier le risque de maladie dans les Sociétés de secours mutuels, il convient de préciser ce que l'on entend par ces Sociétés. Nous énumérerons ensuite les différents buts que peuvent viser les fondateurs d'une Société de secours mutuels. Nous examinerons enfin, en détails, la lutte contre le risque de maladie, menée par ces institutions.

L'article premier de la loi du 1^{er} avril 1898 dispose :

« Les Sociétés de secours mutuels sont des associations de prévoyance qui se proposent d'atteindre un ou plusieurs des buts suivants : assurer à leurs membres participants et à leurs familles des secours en cas de maladie, de blessures ou

(1) Alors que la loi de 1852 n'autorisait la création de Sociétés de secours mutuels que si leurs buts étaient limités aux « secours temporaires aux sociétaires malades, blessés ou infirmes », la loi de 1898 autorise la création de Sociétés de secours mutuels qui se préoccupaient non seulement de protéger leurs membres participants contre les risques précédents, mais encore de constituer des pensions de retraite, de contracter à leur profit des assurances individuelles ou collectives en cas de vie, de décès ou d'accidents, de pourvoir aux frais des funérailles et d'allouer des secours aux ascendants, veuves ou orphelins des membres participants décédés, etc... (Art. 1^{er} Loi 1^{er}, avril 1898.)

infirmités, leur constituer des pensions de retraite, contracter à leur profit des assurances individuelles ou collectives en cas de vie, de décès ou d'accidents, pourvoir aux frais de funérailles et allouer des secours aux ascendants, aux veufs, aux veuves, ou orphelins des membres participants décédés.

« Elles peuvent, en outre, accessoirement, créer au profit de leurs membres, des cours professionnels, des offices gratuits de placement, et accorder des allocations en cas de chômage, à la condition qu'il soit pourvu à ces trois ordres de dépenses au moyen de cotisations ou recettes spéciales. »

La définition de cet article embrasse tous les buts que peuvent viser les fondateurs d'une Société de secours mutuels.

Pour faire l'étude du risque de maladie, nous considérerons :

- 1^o Les cas dans lesquels les secours sont attribués ;
- 2^o Leur nature ;
- 3^o Le taux des cotisations et le taux des secours ;
- 4^o Le point de départ et la durée des secours.

1^o *Cas dans lesquels les secours sont attribués.*

Le terme de maladie est vague et général, et la question se pose de savoir s'il doit être pris dans son acception la plus stricte, ou s'il doit comprendre également les accidents.

Les accidents de travail qui sont régis par la loi du 9 avril 1898 sont exclus par tous les statuts des Sociétés de secours mutuels des cas donnant lieu à indemnité.

Quant aux accidents non visés par la loi de 1898, comme les chutes, accidents de voiture, etc..., pour lesquels il n'y a aucun rapport entre eux et la profession de la victime, ils sont en général prévus par les statuts des Sociétés de secours mutuels, sans que l'on mette comme condition à l'obtention des secours que la victime n'aura aucun recours à exercer.

Il est vrai, cependant, que certaines Sociétés demandent à leurs membres participants de les subroger dans leurs droits contre l'auteur responsable de l'accident jusqu'à concurrence des sommes dépensées par elles ; mais cette disposition est

assez rare, car elle est susceptible d'entraîner les Sociétés de secours mutuels dans des difficultés judiciaires qu'il est prudent de leur épargner.

2^o Nature des secours.

Deux systèmes principaux sont employés : ou bien la Société de secours mutuels prend à sa charge les frais occasionnés par la maladie du sociétaire ; ou bien elle se contente de lui verser une indemnité.

Les partisans du premier système font ressortir que si le médecin et le pharmacien ne sont pas gratuits, le travailleur ne se soignera pas à temps.

Les détracteurs tiennent un autre langage ; envisageant le point de vue moral, ils disent : « Cette manière de faire suppose que l'ouvrier, être inférieur, n'est pas à même de se rendre compte quand il a besoin de se soigner ; en outre, on agit envers lui comme avec les pauvres gens qui, grâce à la loi du 15 juillet 1893, ont droit à la gratuité médicale, on porte donc atteinte à sa dignité. »

Remarquons que ce système ne peut fonctionner qu'avec un médecin animé d'un grand dévouement ; en effet, ou il est payé à la visite, ou il est rémunéré à l'abonnement.

Dans le premier cas, il lui sera facile de faire plus de visites qu'il ne conviendrait ; dans le deuxième cas, seul le devoir professionnel l'incite à se déranger.

Enfin, autre inconvénient, le malade ne peut choisir librement son médecin. Or, l'on sait que pour beaucoup de personnes ce choix a une très grande importance ; presque toujours, à tort, certains veulent être soignés par tel docteur et non par tel autre. Si bien que faute d'avoir ce droit beaucoup hésiteront à s'affilier à la Société.

Dans le deuxième système, le malade reçoit une indemnité quotidienne et se charge de solder son médecin et son pharmacien ; la Société n'a plus qu'à s'entendre avec un médecin pour qu'il fasse une visite de contrôle lors de la déclaration

de la maladie et une visite pour se rendre compte si le malade ne prolonge pas son état de cessation de travail alors que la maladie ne le justifie plus.

Certains objectent que cette indemnité va encourager l'individu à rester longtemps inactif, qu'elle est « une prime à la paresse ». Il suffit, pour réfuter cette opinion, de faire remarquer qu'outre le contrôle que peut exercer la Société sur le malade, ce dernier n'a pas intérêt à prolonger son état de chômage forcé, puisque l'indemnité qu'il reçoit est toujours inférieure à son salaire.

Un grand nombre de Sociétés ont recours à un système mixte ; elles accordent : les soins médicaux, les médicaments et l'indemnité quotidienne.

L'adoption de cette combinaison n'atténue pas les inconvénients du premier système et entraîne de fâcheuses conséquences pour les finances de la Société ; seules, les Sociétés dont les ressources extraordinaires sont exceptionnellement élevées, peuvent supporter son fonctionnement.

Pour notre part, nous pensons comme M. Dédé, qui « estime que, dans la plupart des cas, les indemnités quotidiennes seules prêtent à moins d'abus, offrent plus de garanties et font courir moins de risques à la Société ».

3^o *Taux des cotisations et taux des secours.*

Nous avons vu, précédemment, que les secours prévus par les statuts des Sociétés de secours mutuels n'étaient pas uniformes ; tantôt le malade touche une indemnité journalière et a à sa charge les frais de médecin et de pharmacien ; tantôt le médecin et le pharmacien sont rétribués par la Société ; tantôt enfin, le malade, tout en ayant droit aux médicaments et aux soins gratuits, touche aussi une indemnité journalière.

Il est de toute évidence que les cotisations varient de leur côté avec la nature des secours accordés ; aussi, nous contenterons-nous, à titre de simple indication, de citer les taux des cotisations et secours d'une seule Société de secours mutuels,

celle des ouvriers en soie de la ville de Lyon, que nous prenons tout à fait au hasard.

Moyennant une cotisation de 2 francs par mois pour les hommes, et de 1 fr. 50 pour les femmes, cette Société accorde à ses membres, en dehors des soins médicaux et de la délivrance gratuite des médicaments, un secours de 2 francs aux hommes et de 1 fr. 50 aux femmes pour chaque journée de maladie.

4^o Point de départ et durée des secours.

Dans beaucoup de Sociétés de secours mutuels, l'indemnité n'est accordée qu'après quatre ou cinq jours. Cette pratique ne présente pas de gros inconvénients, car presque toujours, le malade pourra faire face avec ses propres ressources à ce court chômage.

Quelques Sociétés, dans un but très honorable, font un rappel de ces quatre ou cinq premiers jours pour les maladies durant plus longtemps. Cette pratique encourage les malades guéris au bout de quatre ou cinq jours à prolonger leur maladie par toutes les feintes possibles.

En général, les allocations vont en diminuant au fur et à mesure que la maladie se prolonge, si bien qu'alors que les économies péniblement amassées diminuent, les secours attribués diminuent également, et la gêne, sinon la misère, ne tarde pas à s'installer au foyer du malade.

Voilà une conséquence inattendue qui devrait faire réfléchir les dirigeants des Sociétés de prévoyance.

Le remède n'est pas éloigné, il consiste tout simplement à proportionner les secours aux besoins et à les faire varier suivant une marche ascendante.

M. Allain propose que l'indemnité soit par exemple de :

1 franc par jour pendant les trente premiers jours ;

1 fr. 50 pendant les soixante-quinze suivants ;

2 francs par jour pendant une dernière période de soixante-quinze jours.

Et qu'on ne dise pas qu'avec ce système on ruinerait les Sociétés, car non seulement les fraudes seraient rendues plus rares puisque les bénéfices de l'indemnité seraient bien loin d'atteindre les pertes éprouvées par le manque de salaire, mais comme les maladies de courte durée sont les plus nombreuses, il en résulterait une diminution du chiffre total des indemnités et, par conséquent, une économie pour les Sociétés. Du reste, ce résultat a été constaté par toutes celles qui ont adopté ce système.

Cette méthode des allocations croissantes innovée par un mutualiste éminent, M. le Dr Rétaï, a été approuvée par le troisième Congrès national des Sociétés de secours mutuels.

Les Sociétés de secours mutuels ne distribuent des secours que pendant une durée qui varie selon les Sociétés entre trois et six mois.

Ces limites ont été dictées aux fondateurs de ces institutions par les nécessités budgétaires, l'expérience a en effet montré qu'il n'était pas possible d'augmenter cette période, les moyens dont disposent les membres participants étant excessivement limités. On ne peut, d'autre part, diminuer le taux des allocations qui se trouve toujours notablement inférieur au salaire.

Au delà de cette période, le malade est abandonné, à moins que les finances de la Société ne soient exceptionnellement prospères et que le Conseil d'administration décide alors de continuer les secours au malade pendant un certain temps forcément très court.

Examinons dans quelle situation se trouve le malade abandonné au bout de la période statutaire.

Au début de la maladie, il possédait très probablement quelques économies, mais comme l'indemnité servie par la Société est très inférieure au salaire normal, les frais occasionnés par sa nourriture et l'entretien de sa famille ont fatalement dissipé ses maigres ressources et lorsqu'il est abandonné par

sa Société, il se trouve dans une situation encore plus critique qu'au moment de sa prise en charge.

L'on ne peut cependant lui faire aucun reproche puisqu'il a fait preuve de prévoyance, économisant sur son salaire afin de s'assurer contre le risque de maladie.

Et, d'autre part, comment demander à la Société de secours mutuels de faire un effort plus grand puisqu'elle est limitée par ses ressources ?

Les membres atteints de maladies de longue durée vont-ils donc être ainsi abandonnés ?

Mais alors, cette fâcheuse situation va mettre en péril l'existence même des Sociétés de secours mutuels car les avantages qu'elles offriront seront insuffisants.

Jamais leurs membres ne seront sûrs d'être soignés jusqu'à complète guérison.

On a trouvé le moyen de remédier à cette situation en recourant à des entreprises qui répartissent sur un grand nombre de membres les risques relativement peu fréquents de longue maladie, et moyennant une cotisation peu importante, prennent le malade au moment où il est abandonné par la Société de secours mutuels et lui allouent des secours pendant une durée de plusieurs années.

A l'expiration de cette période, certaines de ces associations continuent à servir une rente aux malades jusqu'à leur mort.

Ces associations sont les *Caisses mutualistes de réassurance de longue maladie* ; notre ouvrage est consacré à leur étude.

A raison de leur utilité dont nous avons déjà donné un aperçu et qui, nous l'espérons, ne cessera de s'affirmer lorsque nous les décrirons plus en détails, nous avons formé le projet de grouper tous les renseignements épars que l'on peut se procurer sur ces organismes.

Nous ferons tous nos efforts pour en donner une notion précise, et en contribuant dans la mesure de nos moyens à les faire connaître davantage, nous avons l'espoir d'apporter

notre modeste contribution à la solution du problème si angoissant posé par les Assurances sociales.

Nous terminerons notre introduction par cette dernière remarque que si nous avons pris comme titre : « Les Caisses mutualistes de réassurance de longue maladie », c'est parce que, dans les milieux mutualistes, cette rubrique désigne aussi bien les Caisses qui n'accordent aucun subside aux invalides (1) que les Caisses qui secourent cette catégorie de malades jusqu'à la mort.

(1) Nous prenons ici le terme « invalide » dans le sens qu'on lui donne dans les Caisses de réassurance.

CHAPITRE PREMIER

Historique des caisses mutualistes de réassurance de longue maladie.

La situation critique du malade atteint d'une affection de longue durée et privé brusquement de l'aide de sa Société, attirera de tous temps l'attention des mutualistes et provoquera dans le sein des Sociétés, d'après discussions.

Les organisateurs du Congrès des Sociétés mutuelles de la région de l'Est, tenu à Reims le 15 août 1880, à l'occasion du Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences, adressèrent aux nombreuses Sociétés de secours mutuels adhérentes un mémoire leur demandant d'étudier la question de la continuation des secours après le terme fixé par les statuts, et de proposer au Congrès les solutions qui leur paraîtraient dignes d'être retenues.

Lors de la réunion de ce Congrès, M. Caffé, Président de la Société générale de secours mutuels de Troyes, exposa la mesure prise par sa Société depuis 1870.

Cette mesure consistait simplement à tenir compte, sur sa demande, au membre participant malade depuis un an, d'une somme égale au montant de sa cotisation jusqu'à la fin de sa maladie ; les soins des médecins et les médicaments lui restant acquis.

Cette proposition ne rallia pas les suffrages des personnes présentes, car elle améliorerait trop peu la situation du malade. Ce n'est pas, en effet, quelques francs de plus ou de moins qui peuvent avoir une grosse importance en pareil cas.

C'est M. Triouleyre (1) qui eut l'honneur d'être le premier

(1) Président de la Société de secours mutuels « La Fraternelle Rémoise ».

à préconiser l'organisme qui fut adopté au Congrès et qui est l'ancêtre de nos Caisses de réassurance actuelles.

M. Triouleyre s'exprimait en ces termes, désormais historiques, pour les mutualistes : « Il n'est pas rare de voir un malade atteint gravement, se trouver dans l'impossibilité de travailler pendant plus de six mois, quelquefois même plus d'une année ; or, la plupart des Sociétés n'accordent une indemnité véritablement sérieuse que dans les six premiers mois de la maladie, il faut donc que le sociétaire arrive à se tirer lui-même d'embarras jusqu'à sa guérison, et souvent durant le cours d'une longue convalescence... »

M. Triouleyre indiquait ensuite quelles tristes perspectives attendaient ce malheureux après épuisement de ses ressources, Mont de Piété, etc..., puis il faisait remarquer qu'on n'avait rien à reprocher à cet homme : « Ainsi, voilà donc la position de cet homme : il a toujours été un sociétaire dévoué ayant acquitté ses cotisations pendant de longues années ; les sommes qu'il a versées ont servi à soulager bon nombre de ses camarades, et lorsqu'il se trouve à son tour dans le besoin, quand il arrive au moment le plus critique de son existence, la Société lui dit : *Nous ne pouvons plus rien pour vous.* »

Prenant comme exemple les Compagnies de réassurance fondées par les Compagnies d'assurance, le Président de la Fraternelle Rémoise exposait ainsi son projet : « Formons une réserve générale alimentée par une petite cotisation que versera chaque Société au prorata du nombre de ses membres ; nous aurons ainsi un capital dont les intérêts serviront à parer aux inconvénients que je viens de signaler. Pour les Sociétés nécessiteuses, ce sera une aide ; pour celles qui ne sont pas favorisées, un dégrèvement. »

Voici les principales dispositions du projet (Art. 1^{er} à 7).

ARTICLE PREMIER. — Tous les Présidents et Vice-Présidents des Sociétés mutuelles de la Ville de Reims, constituent un Syndicat.

ART. 2. — Ce Syndicat est chargé de l'étude de toutes les questions se rapportant au but que poursuivent ces Sociétés.

ART. 3. — Chaque Société versera trimestriellement ou annuellement une cotisation de X... par tête de sociétaire, à l'effet de constituer une Caisse générale de secours administrée par le Syndicat.

ART. 4. — Les produits de cette Caisse serviront exclusivement à venir en aide aux Sociétaires malades ayant dépassé le délai prescrit par les statuts de leur Société pour profiter du droit qu'ils ont à l'administration des secours.

ART. 5. — Les membres composant le Syndicat constitueront un Bureau chargé spécialement de la gérance de la Caisse syndicale.

ART. 6. — Ils réuniront annuellement des délégués de toutes les Sociétés pour leur rendre compte de la situation financière.

ART. 7. — Tout sociétaire sera admis à profiter des dispositions de l'article 4 sur la proposition du Comité, et après enquête faite par les soins du Bureau du Syndicat.

L'idée de M. Triouleyre fut appliquée dès l'année suivante, en 1881, à Nantes ; c'est en effet dans cette ville que la première Caisse de réassurance vit le jour. La deuxième Caisse fut créée à Reims, en 1883.

Ces deux Caisses sont demeurées parmi les plus importantes avec la Caisse de Toulon, dont la fondation remonte à 1887.

Au moment où surgirent les premières Caisses de réassurance, il était singulièrement audacieux de créer de telles entreprises, car les fondateurs se trouvaient dans l'impossibilité absolue de savoir où ils allaient, puisqu'il n'existait ni expérience ni donnée pouvant servir de bases à de tels édifices.

L'histoire des premières années de la Caisse de Reims nous montre combien les premiers pas de ces entreprises furent difficiles.

Les organisateurs de la Caisse de Reims réunirent un capital de 8.000 francs, et moyennant le paiement d'une cotisation de 0 fr. 10 par mois, prirent l'engagement de servir, sans limite de durée, une allocation journalière de 1 franc.

Les événements se chargèrent de prouver combien les conceptions des fondateurs avaient été trop généreuses, et l'on dut, pour éviter de faire faillite, modifier rapidement les statuts en fixant comme limite d'âge, à l'admission, 40 ans, et comme terme de l'indemnité, 2 ans.

On réduisit également à 0 fr. 50 l'allocation servie pendant la seconde année, et l'on décida que les secours ne seraient accordés qu'après un stage de six mois.

A la suite de ces réformes, la situation matérielle s'améliora, des réserves purent être faites. Elles s'accrurent, si bien, qu'en 1913, le capital s'élevait à la somme de 54.857 fr. 64, après que la Caisse eut dépensé 116.156 fr. 65 en indemnités, et consacré 46.477 fr. 35 aux frais généraux.

Après les Caisses de réassurance de Nantes et de Reims, on assista un peu partout à la création de pareilles Sociétés, si bien qu'en 1912, on en comptait 74, et en 1914, 94.

Les Caisses de réassurance furent particulièrement nombreuses à partir de 1898, peut-être grâce à l'impulsion que donna aux Sociétés de secours mutuels la loi libérale du 1^{er} avril 1898, mais surtout à cause de l'article 8 de cette même loi qui autorisait les Sociétés à se grouper en Unions.

Les Unions, ainsi que nous l'avons déjà fait remarquer, sont fort bien placées pour créer des Caisses de réassurance, puisqu'elles sont certaines d'avoir pour ces Caisses une clientèle suffisante pour les alimenter, et assurer leur prospérité.

Ce n'est qu'en 1912 que, sur l'initiative de la Caisse de Toulon, fut réuni en cette même ville le premier Congrès des Caisses de réassurance.

Les organisateurs ayant pris le soin de faire connaître aux différentes Caisses adhérentes les questions qui seraient débattues au Congrès, en deux séances, on arriva à se mettre

d'accord sur des vœux très intéressants, concernant l'avenir de la réassurance.

Nous ferons connaître ces vœux du Congrès de Toulon au fur et à mesure de notre étude.

Qu'il nous suffise, pour le moment, de dire que, grâce à ce premier contact, les Caisses de réassurance ont pu se rendre compte de la manière dont les unes et les autres avaient résolu les difficultés auxquelles elles s'étaient trouvées en but, et profiter ainsi de l'expérience des Caisses les mieux dirigées ; qu'elles ont pu, en outre, prendre conscience de leur force, et connaître les problèmes qui intéressent non plus telle ou telle Caisse, mais la réassurance de la longue maladie tout entière.

En 1915, devait se réunir à Tours le deuxième Congrès des Caisses de réassurance dont les conséquences auraient été peut-être encore plus importantes que celles du premier. Malheureusement, la guerre en différa la réunion jusqu'à maintenant.

CHAPITRE DEUXIÈME

Le système de la Caisse de Reims et le système de la Caisse de Toulon.

On sait déjà que les Sociétés de secours mutuels allouent des secours à leurs membres participants malades pendant une durée qui varie selon les Sociétés, de un à six mois. Le sociétaire qui souffre d'une affection de longue durée est donc abandonné à ses propres moyens au bout d'un certain temps que nous venons de déterminer.

Si, avant sa maladie, il a versé une cotisation minimale (de quelques centimes par mois) à une Caisse de réassurance pour s'assurer contre le risque de longue maladie, lorsque la Société de secours mutuels cesse de lui allouer des secours, la Caisse de réassurance se substitue à la Société de secours mutuels et lui distribue « une indemnité » en espèces pendant un, deux ou trois ans. Quelquefois même, si le malade n'est pas encore guéri, au bout de cette période de temps, la Caisse de réassurance lui sert une pension jusqu'à sa mort.

Sauf de légères différences portant, soit sur le chiffre de la cotisation, soit sur la durée de l'attribution du secours et sa quotité, toutes les Caisses de réassurances se rattachent à deux types bien distincts :

On distingue, en effet :

1^o Les Sociétés dont les statuts prévoient la durée des secours en même temps que leur quotité ;

2^o Les Sociétés qui établissent annuellement la quotité du secours à allouer en se basant sur le chiffre des encaissements opérés et les journées de maladie payées au cours du dernier exercice.

La Caisse de Reims et la Caisse de Nantes peuvent être considérées comme organisées d'après le premier principe. La Caisse de Toulon a son fonctionnement régi par le second principe.

La Caisse de Reims, fondée en 1883, moyennant une cotisation mensuelle de 0 fr. 10, accorde à ses membres affiliés des secours dont la quotité est de 1 franc par jour pendant la première année et de 0 fr. 50 par jour pendant la seconde année.

A Nantes, lors de la fondation qui remonte à 1881, la cotisation mensuelle était de 0 fr. 10 ; elle fut portée à 0 fr. 15 en 1897. Les secours, en cas de maladie de longue durée, sont de 1 fr. 50 par jour pendant six mois (les dimanches exceptés), 1 franc par jour pendant les dix-huit mois qui suivent, 0 fr. 50 pendant trois ans ; à l'expiration de cette période, un secours mensuel de 5 francs est attribué au sociétaire malade.

La Caisse de Toulon demande également à ses membres une cotisation mensuelle de 0 fr. 10, mais les secours ne sont pas fixés par les statuts et sont susceptibles de varier tous les ans ; on détermine leur quotité en tenant compte à la fois des encaissements et des dépenses effectuées au cours de l'année précédente.

Les malades sont divisés en deux catégories : les malades ordinaires et les infirmes ou incurables.

Les premiers reçoivent pendant une durée maxima de trois ans des indemnités calculées de la façon suivante : on verse à un fonds dit de répartition les quatre cinquièmes des cotisations mensuelles des membres participants, on y ajoute les intérêts produits par le capital de réserve, et ce compte devient distributeur de son avoir comme suit : les trois quarts sont divisés par le nombre de journées de maladies acquises pendant l'année précédente. Le quotient produit par cette division représente le taux de l'indemnité journalière des malades ordinaires.

Le dernier cinquième des cotisations mensuelles des membres participants est versé au fonds de réserve.

Pour déterminer le montant de l'allocation des invalides ou incurables, on divise le dernier quart de la somme représentée par les quatre cinquièmes des cotisations mensuelles des membres participants et les intérêts du capital de réserve par le nombre de journées de maladies payées à cette catégorie de malades pendant l'année précédente.

Si l'on appliquait rigoureusement la méthode que nous venons d'indiquer, les indemnités de chaque catégorie de malades varieraient chaque année, ce qui compliquerait la comptabilité et risquerait de devenir une cause de confusion et de trouble chez les adhérents. Pour éviter ces inconvénients, on a pris l'habitude de fixer pour une durée de trois ans le taux des deux sortes d'indemnités. Primitivement fixé à 0 fr. 50, puis à 0 fr. 75, puis à 1 fr. 25, cette indemnité pour la première catégorie est actuellement, et cela depuis 1917, de 1 fr. 20. Les subsides pour la deuxième catégorie, qui ont été longtemps de 0 fr. 35, sont aujourd'hui de 0 fr. 25, et cela depuis 1915.

Dans le système de la Caisse de Reims, le mutualiste ne reste pas dans l'incertitude, il sait à l'avance quel est le montant des secours qui lui seront alloués en cas de maladie ; par contre, la Caisse a pris des engagements sans savoir si elle pourrait les tenir, car elle ignorait le chiffre des encaissements futurs ; aussi, bien souvent, pour ne pas faillir à sa promesse, est-elle obligée de faire appel à la générosité des pouvoirs publics et des particuliers.

Que l'on ne vienne pas dire que les dirigeants d'une Caisse qui fonctionne depuis plusieurs années peuvent prévoir presque à coup sûr quel sera le montant des cotisations encaissées dans les années qui vont suivre, ce qui leur permettrait, par une seule modification des statuts, de proportionner les allocations aux cotisations, car dans cette matière, et nous allons le montrer, il faut toujours s'attendre à des surprises.

La plus ancienne des Caisses de réassurance belges, celle de la Fédération de Charleroi, demande une cotisation mensuelle

de 0 fr. 20 ; or, l'on a constaté qu'après avoir eu pendant dix ans un chiffre de recettes provenant de cotisations, supérieur au chiffre des allocations, elle a vu, en 1900, la situation se renverser. Le déficit est devenu l'état permanent, et l'excédent des sommes payées aux affiliés sur les encaissements de cotisations perçues, a été de 747 francs en 1901, 1.363 francs en 1902, 2.693 francs en 1903, 466 francs en 1904.

La Caisse de la Loire-Inférieure, après avoir porté sa cotisation mensuelle de 0 fr. 10 à 0 fr. 15, n'équilibre pas les encaissements ainsi opérés avec les dépenses de paiement des allocations et payé 134.603 francs d'allocations. L'écart entre les deux chiffres a peu diminué depuis 1897, mais à la fin de 1905, la Caisse avait depuis sa création, payé 217.393 francs de secours-maladie, et encaissé 100.420 francs seulement de cotisations.

A Reims, la situation est aussi critique. Si la cotisation est de 0 fr. 10 seulement, il est vrai que la quotité et la durée de l'allocation sont fort réduites. Cependant, au 31 décembre 1903, la Caisse avait accordé 73.834 francs de subventions, bien qu'ayant encaissé 50.052 francs de cotisations seulement. Au 31 décembre 1913 : 69.833 fr. 10 de cotisations contre 116.156 francs d'indemnités.

Dans ce genre de Sociétés, il existe toujours un trou impossible à combler au moyen des ressources ordinaires ; l'équilibre du budget n'est obtenu qu'en faisant appel aux ressources extraordinaires, telles que les subventions de l'Etat, des départements, des communes, les dons des particuliers, etc...

Nous verrons, plus tard, ce que l'on entend par service d'assurance-invalidité, qu'il nous suffise pour le moment de dire que, pour l'organiser, il faut disposer de ressources certaines ; or, il est évident que les Caisses qui ont adopté le système de la Caisse de Reims, ne pouvant pas toujours faire face à leurs dépenses maladies avec leurs seules ressources, auront beaucoup de mal à organiser un service d'assurance-invalidité.

Examinons, maintenant, les Caisses de réassurance organisées d'après le deuxième principe.

L'affilié est dans une incertitude relative au sujet de la quotité des secours qu'il touchera s'il tombe malade ; il ne faut pas, toutefois, croire qu'il manque complètement de renseignements pour prévoir à peu près quel sera ce chiffre. En effet, il lui suffira de se référer aux secours alloués les années précédentes, il aura ainsi une base sérieuse pour ses évaluations.

D'ailleurs, le léger inconvénient présenté par cette incertitude est grandement compensé par ce fait que même une série d'années calamiteuses ne mettront pas en péril les finances de la Société, alors qu'une Caisse de réassurance comme celle de Reims n'y résisterait certainement pas.

Secours distribués par la Caisse de Toulon :

Années	Secours Maladie	Subsides aux infirmes
1912.	1 25	0 35
1913.	»	»
1914.	»	»
1915.	1 20	0 25
1916.	»	»
1917.	»	»
1918.	»	»
1919.	»	»
1920.	»	»

L'équilibre du budget des Caisses établies d'après le type N° 1 est toujours menacé et si elles ont pu maintenir une certaine réserve, c'est grâce à des dons importants, à des legs, etc., source de revenus évidemment aléatoires.

La Caisse de Toulon, au contraire, est toujours assurée de faire face à ses affaires, et elle peut organiser le service d'assurance invalidité sans aléas.

Pour toutes ces raisons, nous ne dissimulons pas que notre préférence va aux Caisses de ce dernier type.

CHAPITRE TROISIÈME

Le budget des Caisses de Réassurance. Les ressources ordinaires et les ressources extraordinaires ; les dépenses. Le Budget de la Caisse de Reims et le Budget de la Caisse de Toulon. Importance financière et numérique de la réassurance.

Les fondateurs d'une Caisse de réassurance ne doivent pas oublier que, si l'altruisme est le grand principe qui domine toute œuvre mutualiste, par contre, il est nécessaire de tenir très exactement compte des réalités, et de prévoir dans les statuts l'équilibre du budget qui s'obtiendra grâce à une juste proportion entre les indemnités promises et les cotisations exigées.

Pour s'être laissés emporter par leurs idées généreuses, les organisateurs de la Caisse de Reims durent faire machine en arrière et réduire le débit de leurs secours.

D'autre part, il ne faut pas perdre de vue, que pour verser les cotisations, si minimes soient-elles, les sociétaires s'imposent des sacrifices toujours pénibles, si bien que la seule justice commande de donner le maximum d'aide en échange du minimum de dépenses.

A). — LES RESSOURCES.

Elles sont de deux sortes : les unes ordinaires, et les autres extraordinaires.

1° **Les ressources ordinaires.** — Elles comprennent :

- a) Cotisation des membres participants ;
- b) Droit d'admission ;
- c) Les intérêts des fonds placés.

Nous allons d'abord examiner quel est leur quotité, ensuite, nous parlerons des clauses des statuts visant le paiement de ces cotisations.

Les cotisations des membres participants sont fort modiques :
A Reims, jusqu'en 1914, la cotisation était de 0 fr. 10 par mois.

A Angers, elle est de 0 fr. 75 par trimestre.

A Toulon, elle est de 0 fr. 10 par mois.

A Nantes, elle est de 0 fr. 15 par mois.

Leur insuffisance a été maintes fois critiquée.

A ce propos, M. Olivier (1), en 1907, disait déjà : « Il est certain que la cotisation de 0 fr. 10 est trop basse, et que son relèvement à 0 fr. 20 pourrait seul permettre aux associations existantes de continuer utilement leur rôle. »

Si l'on examine par exemple le relevé général des comptes de la Caisse de réassurance de Reims, depuis la fondation, on voit que la proportion des cotisations des membres participants au chiffre total des recettes était la suivante :

Cotisations, membres participants. . .	69.833 10
--	-----------

Total des recettes.	175.661 64
-----------------------------	------------

Soit un chiffre de 105.828 fr. 54 pour les autres recettes de diverses natures.

A Toulon, où le déficit n'est pas à craindre, le relèvement de la cotisation s'impose, car si les statuts prévoient que l'indemnité journalière pourra s'élever à 3 francs, elle n'est que de 1 fr. 20 actuellement, et l'indemnité aux infirmes et incurables atteint seulement le chiffre tout à fait insuffisant de 0 fr. 25.

Il est donc nécessaire d'élever le taux de ces cotisations.

Mais il ne faut pas oublier que, dans le budget du travailleur, la cotisation de la Caisse de réassurance vient se superposer à la cotisation versée à la Société de secours mutuels ; si bien que, dans l'élévation du taux de la cotisation de la Caisse de réassurance, il y a une limite qu'il ne faut pas dépasser, sous peine d'avoir des déboires dans le recouvrement.

(1) Membre du Conseil supérieur de la Mutualité, Secrétaire Général de la Fédération régionale mutualiste du Sud-Ouest.

Les Caisses de réassurance exigent le paiement des cotisations par avance. Ainsi, à Angers, d'après l'article 29 des statuts, les 0 fr. 75 trimestriels que doit verser chaque membre des Sociétés adhérentes à la Caisse, sont payables un trimestre à l'avance.

A Toulon, relativement au paiement des deux cotisations : la première, mensuelle, de 0 fr. 10, et la deuxième, annuelle, de 0 fr. 10 (celle-là destinée à faire face aux frais de gestion), l'article 46, § 2 des statuts dispose : « Les cotisations mensuelles sont exigibles pour un semestre, pour les Sociétés admises en collectivité à la réassurance, et pour toute l'année pour les membres individuels. La cotisation de gestion se paie en même temps que le premier versement semestriel, ou lors du versement annuel. »

En cas de retard dans le paiement des cotisations, si malgré l'avertissement de la Caisse de réassurance, la Société adhérente ou le mutualiste adhérent s'obstinent dans leur attitude, ils se voient radiés, et les secours leur sont supprimés.

En ce qui concerne la réadmission, il faut, avant tout, payer l'arriéré des cotisations et, dans certains cas, acquitter un nouveau droit d'admission (1).

Par suite des événements de guerre, bon nombre de mutualistes se trouvèrent dans l'impossibilité d'acquitter leurs cotisations, sans que l'on ait à leur reprocher la moindre mauvaise volonté.

Les dirigeants des Caisses de réassurance, en raison de cet état de chose, durent prendre des mesures, afin de suspendre l'application des clauses de leurs statuts, sur le non-paiement des cotisations.

Le Conseil d'administration de la Caisse de Toulon décida, dans sa séance du 23 novembre 1914, de dispenser les sociétaires, qui avaient adhéré individuellement à la Caisse, du paiement de leurs cotisations jusqu'à la fin des hostilités, pourvu qu'ils aient acquitté leurs cotisations du troisième

(1) Ce droit d'admission est réclamé à tout nouveau membre. Nous verrons plus tard pourquoi.

semestre 1914 dans le délai normal. Toutefois, le bénéfice de cette disposition n'était assuré, vu le faible taux de la cotisation de la réassurance, qu'aux sociétaires dont la famille ne recevait pas l'allocation de l'Etat.

Quant aux membres faisant partie des Sociétés de secours mutuels adhérentes en bloc à la réassurance, la Caisse de Toulon ne définissait pas leur situation, attendant pour cela de connaître les mesures prises à leur égard par ces Sociétés (1).

Le 4 juillet 1920, l'Assemblée générale annuelle de la Caisse de Toulon vota la résolution suivante qui liquidait définitivement la question :

« En raison des événements de guerre, toutes les Sociétés ou groupes de Sociétés qui n'ont pas payé depuis au moins un an leurs cotisations à la Caisse de réassurance, seront avisées qu'elles peuvent reprendre leurs versements à compter du 1^{er} janvier 1920, et dans les conditions fixées par l'article 48 de nos statuts (modifié les 11 décembre 1892, 7 juin 1896 et 24 novembre 1918), c'est-à-dire que le secours à leurs malades ne leur sera accordé que six mois révolus après la date du versement de la dite cotisation, à la Caisse de réassurance.

« Les Sociétés qui ne seront pas à jour le 31 décembre 1920 seront radiées automatiquement. »

A l'Assemblée, on ne parla pas des membres qui avaient adhéré individuellement à la Caisse et pour lesquels avait été prise la mesure précitée. Ces personnes tombaient naturellement sous le coup de l'article 48, à partir du moment de la cessation des hostilités.

Droit d'admission.

Il est évident que les individus qui sollicitent leur admission dans la Caisse de réassurance apportent une charge éventuelle d'autant plus lourde qu'ils sont plus âgés, aussi, paraît-il très

(1) Presque toutes ces Sociétés effectuèrent le versement des cotisations de leurs membres mobilisés.

simple et très naturel de percevoir un léger droit d'entrée proportionnel à l'âge.

Malheureusement, comme le fit remarquer M. Malhanche dans son rapport sur le Congrès de Toulon, ce mot effraye ou retient les indécis, et seules quelques Caisses de réassurance demandent ce droit (1).

M. Malhanche avait signalé au Congrès de Toulon que ce droit pouvait très bien être remplacé par une cotisation annuelle de gestion, et que l'on procédait du reste ainsi à la Caisse de l'Union départementale de la Marne.

Ce système ne prévalut pas et le Congrès se contenta de voter à l'unanimité le vœu suivant : « Etablissement d'un droit d'entrée et fixation d'une limite d'âge pour l'admission. »

Maintenant que nous savons que pour pénétrer dans une Caisse de réassurance il faut parfois payer un certain droit, nous allons dire un mot de la manière dont on peut donner son adhésion, nous terminerons par l'examen de l'admission des réformés de guerre (2).

Adhésions collectives et individuelles.

Chacun sait que, plus l'on vieillit, plus l'on a de chances d'être malade. Les Caisses de réassurance, voulant éviter d'admettre chez elles des personnes appelées à tomber malades dans un bref délai, exigent que les postulants soient en bonne santé au moment où ils offrent leur adhésion et qu'ils ne soient pas trop âgés. La limite fixée varie aux environs de 40 ans, selon les Caisses.

Imaginons un membre d'une Société de secours mutuels non affiliée à une Caisse de réassurance. Ce membre est dans les conditions d'âge demandées et sollicite son admis-

(1) *La Caisse d'Angers* (Art. 6 des Statuts exige un droit d'entrée de 0 fr. 50 par membre. Toutefois, ce droit est fixe et est tout simplement destiné à grossir quelque peu les ressources.

(2) Nous avons songé à étudier ces questions dans un chapitre spécial afin de ne pas surcharger ce paragraphe du budget, mais il nous a semblé plus logique de grouper tout ce qui est relatif à l'entrée dans les Caisses de réassurance.

sion dans une Caisse de réassurance. Sa demande a-t-elle des chances d'aboutir ?

Certains mutualistes prétendent que, du moment que la Société à laquelle appartient le postulant n'a pas voulu adhérer à la réassurance, aucune Caisse ne doit prendre dans son sein les membres de cette Société.

Il nous semble que ceux qui raisonnent ainsi font peu de cas du principe de solidarité mutualiste et méconnaissent le grand intérêt qu'ont les organismes de réassurance à ce que leur effectif soit considérable. Cet intérêt est le suivant : plus une Caisse a de membres, plus ses ressources sont importantes et plus son fonctionnement est facilité puisque les risques étant répandus sur un plus grand nombre de têtes sont beaucoup moins à craindre pour les finances de la Caisse.

Aussi, presque toutes les Caisses acceptent-elles les adhésions individuelles.

En ce qui concerne les adhésions de toute une Société à la fois, il semble y avoir plus de difficultés. Nous avons dit, en effet, qu'afin d'éviter des dépenses trop considérables, les organismes qui font l'objet de notre étude fixaient une limite d'âge, au delà de laquelle toute admission était impitoyablement refusée. Or, si cette règle est très facile à appliquer lorsque l'on envisage les adhésions individuelles, comment faire lorsqu'une Société de secours mutuels tout entière manifeste l'intention de se réassurer ?

Le moyen employé est celui-ci : on fixe alors une limite d'âge moyenne des membres participants de la Société en question.

A Angers, il faut que l'âge moyen des membres participants soit inférieur à 42 ans. A Reims, cette limite est de 40 ans.

Il ne faut pas s'illusionner sur l'efficacité de cette mesure, car les Sociétés de secours mutuels sont sans cesse en transformation, et rien ne dit que telle Société qui ne compte aujourd'hui que des membres robustes, ne constituera pas dans l'avenir une charge écrasante pour la Caisse ; il suffit

de supposer, pour cela, que pour une raison ou pour une autre, l'afflux de forces jeunes dans la Société ne se produise pas.

Doit-on, pour cette raison, renoncer aux adhésions collectives ?

Nous ne le croyons pas, car elles ont un sérieux avantage, leur appoint est énorme et rend les comptes très simples.

Faut-il s'en tenir uniquement à elles ? Nous ne le croyons pas davantage, comme toujours la vérité se trouve entre les deux solutions extrêmes, et il est préférable d'accepter les deux sortes d'adhésion. C'est ainsi que M. Schnetzler, un des anciens Présidents de la Caisse de réassurance de Reims, disait que « le système exclusif des individualités n'aboutirait à faire de la réassurance qu'une œuvre précaire ».

Les statuts de la Caisse de Reims admettent à la fois les adhésions individuelles et les adhésions collectives. En ce qui concerne les adhésions collectives, l'article 2 des statuts est ainsi rédigé : « Les Sociétés ne peuvent demander l'inscription de leurs membres à la Caisse de réassurance après l'âge de 40 ans. Toutefois, il leur sera donné une latitude de faire une nouvelle demande d'admission en bloc, lorsque la moyenne d'âge des sociétaires présentés ne dépassera pas 40 ans. En ce qui concerne les nouvelles Sociétés, leur demande d'admission sera acceptée dans la première année de leur fondation *sans limite d'âge*.

Cette dernière disposition est très libérale, mais dangereuse, car il est impossible, comme nous l'avons déjà fait remarquer plus haut, de prévoir ce que deviendra une Société de secours mutuels quelques années après sa naissance.

Au Congrès de Toulon, en 1912, on exprima le vœu : « qu'à la formation d'une Caisse, on porte en règle l'admission collective par Sociétés ou par groupes avec, comme limite d'admission, un âge moyen légèrement supérieur à celui généralement fixé pour l'admission individuelle. »

Admission des militaires et réformés de guerre

En 1917, M. Honorat déposa une proposition de loi relative à l'admission des réformés de la guerre dans les Mutualités.

Aux termes de cette proposition, moyennant un forfait annuel de 12 francs, que l'Etat verserait pour chaque mutilé entrant dans une Société de secours mutuels, sans condition d'âge, de stage ou de santé, chacun des mutilés de la guerre bénéficierait de secours médicaux, pharmaceutiques, en espèces, pendant toute la durée de la maladie et même de l'invalidité avec, en plus, une allocation en argent à sa femme et à ses enfants jusqu'à l'âge de 16 ans.

L'adoption de cette proposition de loi par le Parlement aurait violé le principe fondamental de la loi du 1^{er} avril 1898 qui prescrit que les avantages sociaux doivent être égaux au regard de cotisations égales ; en effet, les cotisations exigées par les Sociétés de secours mutuels sont beaucoup plus élevées et elles limitent toutes à une durée très réduite les secours de toute nature qu'elles accordent à leurs membres participants.

D'autre part, M. Honorat parlait bien des non-mutualistes, mais qui aurait pris soin des mutualistes réformés ? N'était-ce pas une charge assez lourde pour les Sociétés de secours mutuels et les Caisses de réassurance, que d'accueillir à nouveau les anciens membres réformés ?

Aussi, tous les mutualistes furent-ils hostiles à cette proposition.

L'Assemblée annuelle des Sociétés de secours mutuels affiliées à la Caisse de réassurance de Toulon exprima à ce sujet le vœu suivant : « La Mutualité est prête à donner tout son concours à l'Etat pour l'aider à donner à ses charges et périls, sous la forme d'une mise en subsistance, dans les Sociétés de secours, tous les soins et faveurs qu'il doit aux malades et réformés de la guerre non mutualistes. »

Ainsi, c'était une proposition de prendre en subsistance les mutilés. Dans son rapport à cette Assemblée annuelle du 7 octobre 1917, M. César Hérente, alors Secrétaire général de

la Caisse de réassurance de Toulon, disait que cette proposition qui intéressait la réassurance, surtout au point de vue des longues maladies, tant curables que celles qui pouvaient être considérées comme des infirmités, lui paraissait inconciliable avec les principes généraux mis en pratique par les Caisses de réassurance, et particulièrement par celle de Toulon, qui n'est accessible qu'à ceux qui sont en parfaite santé au moment où ils s'y affilient et dont les bénéficiaires ne peuvent, même avec une infirmité partielle, se livrer à aucun travail rémunérateur.

En résumé, les mutualistes dirigeants des Sociétés de secours mutuels ou des Caisses de réassurance se sont déclarés disposés à assurer la continuation des secours, quel qu'en soit le poids, à ceux qui, avant la guerre, étaient affiliés, mais quant aux réformés non affiliés avant 1914, les mutualistes se déclaraient prêts à assurer le service d'administration et de surveillance de ces personnes, mais à condition qu'elles n'entreraient pas dans le cadre effectif des Sociétés d'assurance et de réassurance.

Intérêts des fonds placés.

Ils représentent une somme considérable pour les grosses Caisses de réassurance.

Pour l'année 1913, les intérêts des fonds placés s'élevaient, à la Caisse de Reims, à 2.308 fr. 60, alors que les cotisations des membres participants se montaient à 2.071 fr. 50, et le total des recettes à 6.595 fr. 10, soit, pour les intérêts des fonds placés, une somme légèrement supérieure au total des cotisations des membres participants et un peu plus du tiers des ressources totales.

Depuis la fondation, M. Malhanche (1) donne les chiffres suivants :

Cotisations des membres participants.	69.833 10
Intérêts des fonds placés.	26.273 10
Total des recettes.	175.661 64

(1) M. Malhanche succéda à M. Schnetzler, comme Président de la Caisse de réassurance de Reims.

Soit un peu plus de la moitié des cotisations des membres participants et le sixième environ des recettes totales.

Pour la même année 1913, les intérêts des fonds placés de la Caisse de Toulon s'élevaient à : 1.667 fr. 94, alors que le total des cotisations des membres participants était de 7.969 fr. 50, et le total des recettes de 13.006 fr. 09, soit, pour les intérêts des fonds placés, une somme égale au quart environ du total des cotisations des membres participants et à un peu moins du huitième des ressources totales (1).

2° Les ressources extraordinaires. — Elles comprennent :

- a) Les cotisations des membres honoraires ;
- b) Les subventions ;
- c) Les dons, legs, fêtes et collectes.

a) *Les cotisations des membres honoraires.* — Les membres honoraires sont ceux qui paient les cotisations fixées ou font des dons sans participer aux bénéfices des statuts.

L'article 30 des statuts de la Caisse d'Angers s'exprime ainsi à leur égard : « La cotisation des membres honoraires est fixée à 3 francs par an, au minimum.

« La cotisation est due intégralement pour l'année dans laquelle l'admission a été prononcée ; elle est recueillie au domicile des intéressés dans le courant du premier trimestre de chaque année. »

Il faudra toujours glorifier le magnifique élan de solidarité qui rapproche le riche du pauvre et les réunit tous deux dans un sentiment commun de sympathie et de fraternité.

Au point de vue pratique, la bienfaisance s'exerce plus utilement lorsqu'elle vient en aide au travailleur prévoyant que lorsqu'elle entretient l'indigence incurable ou la mendicité professionnelle.

Il ne faudrait cependant pas que cette bienfaisance devînt une des bases du budget.

(1) La Caisse de Toulon ne donne pas dans son compte rendu les chiffres correspondants aux intérêts des fonds placés, aux recettes, aux cotisations des membres participants, depuis la fondation.

La proportion des ressources provenant des cotisations des membres honoraires varie suivant les Sociétés.

A la Caisse de réassurance de Reims en 1913, on recueillit 2.071 fr. 50 de cotisations des membres participants contre 415 francs de cotisations de membres honoraires.

Lors du relevé général des comptes en 1913, les chiffres furent les suivants :

16.072 fr. 50 versés par les membres honoraires depuis la fondation.

69.833 fr. 10 versés par les membres participants depuis la fondation.

175.661 fr. 64 de recettes totales.

A Toulon, les cotisations des membres honoraires sont infiniment moins importantes :

	M. H.	M. P.
Exercice 1919. . . .	25 »	7.458 20
— 1918. . . .	22 50	7.721 90
— 1917. . . .	37 50	8.196 »
— 1916. . . .	25 »	8.535 10
— 1915. . . .	20 »	8.544 70
— 1914. . . .	20 »	9.534 40
— 1913. . . .	35 »	8.857 50
— 1912. . . .	27 50	8.525 10

b) *Les subventions.* — Le régime légal des subventions attribuées à toutes les Sociétés de secours mutuels, a été institué par l'article 26 de la loi du 1^{er} avril 1898, qui dispose :

« A partir de la promulgation de la présente loi, les arrérages des dotations et les subventions annuellement inscrites au budget du Ministère de l'Intérieur au profit des Sociétés de secours mutuels, seront employés à accorder à ces Sociétés des allocations : 1^o pour encourager la formation de pensions de retraites, à l'aide du fonds commun ou du livret individuel ; 2^o pour bonifier les pensions liquidées, à partir du 1^{er} jan-

vier 1895 ; 3^o pour donner, en raison du nombre de leurs membres, des subventions aux Sociétés qui ne constituent pas de retraites. Pour chacune de ces affectations, la répartition du crédit aura lieu dans les proportions, et suivant les barèmes arrêtés par le Ministre de l'Intérieur, après avis du Conseil supérieur... »

L'arrêté du 30 avril 1900 imposa le barème suivant :

ARTICLE PREMIER. — « Les Sociétés de secours mutuels approuvées qui ne constituent pas de retraites, soit à l'aide du fonds commun, soit par le livret individuel, qui n'ont pas à la Caisse des dépôts et consignations un compte « fonds de retraite », et qui remplissent certaines conditions que le Conseil supérieur déterminera, notamment les allocations de secours aux femmes en couches, recevront annuellement une subvention fixée à 0 fr. 50 par membre participant. Cette subvention ne pourra, en aucun cas, dépasser 500 francs. »

Par application de ce barème, les Sociétés de secours mutuels approuvées reçurent donc une subvention annuelle de 0 fr. 50 par membre, avec un maximum de 500 francs.

Que touchèrent les Caisses de réassurance ?

Jusqu'en 1907, les Caisses de réassurance ne reçurent aucune subvention de l'Etat.

Le Conseil supérieur de la Mutualité disait ceci :

« L'article 26 de la loi du 1^{er} avril 1898, parle des subventions à allouer aux Sociétés de secours mutuels ; le mot Caisse de réassurance n'y figure pas, ces institutions n'y ont donc aucun droit. »

Certains membres du Conseil supérieur firent remarquer que ces Caisses de réassurance qui sont constituées par des groupements de Sociétés de secours mutuels ou par des mutualistes pris individuellement, prolongent en quelque sorte l'assurance maladie et peuvent être assimilées aux Sociétés de secours mutuels, et toucher les mêmes subventions que celles-ci.

Dès 1907, quelques subventions de 0 fr. 50 par membre,

avec maximum de 500 francs furent allouées et, en 1908, le total des subventions s'éleva à 7.000 francs environ (1).

Pour l'exercice 1909, les subventions ne purent être renouvelées, car le contrôleur des dépenses engagées (2), le Ministre du Travail refusa de viser les arrêtés de subvention aux Caisses de réassurance pour l'exercice 1909. Il déclara qu'il n'existait pas de crédit pour subventionner ces Caisses.

M. Raiberti, député, demanda alors à la Chambre que des subventions fussent accordées aux Caisses de réassurance, et que, de plus, le maximum de 500 francs établi par l'arrêté du 30 avril 1900 fut supprimé. C'est ainsi qu'un chapitre spécial, portant ouverture d'un crédit de 20.000 francs pour subventions aux Caisses de réassurance, fut inscrit par la Chambre au budget de 1910 du Ministère du Travail.

Mais le Sénat refusa de suivre la Chambre dans cette voie. En 1911, sur la proposition de M. Lairolle, le crédit du chapitre 29, relatif aux subventions allouées aux Sociétés qui ne constituent pas de retraites, fut élevé de 410.000 francs à 430.000 francs, en vue de subventionner les Caisses de réassurance contre la longue maladie et l'invalidité.

Toutes les Caisses de réassurance qui en firent la demande furent alors subventionnées sur la base de 0 fr. 50 par membre, avec maximum de 500 francs.

Les derniers comptes rendus des opérations des Caisses de réassurance que nous avons pu consulter, sont ceux relatifs à 1919-1920. A cette époque, la subvention de l'Etat était toujours de 0 fr. 50 par membre, avec maximum de 500 francs par Caisse.

Les organisateurs du Congrès de Toulon, dans le questionnaire qu'ils adressèrent aux Caisses de réassurance, leur demandèrent d'exposer leurs suggestions sur la manière dont

(1) Discours de M. Masclé au Conseil supérieur de la Mutualité à la séance du jeudi soir, 7 décembre 1911. — Procès-verbaux du Conseil supérieur des Sociétés de secours mutuels. Session de décembre 1911, p. 75.

(2) Auprès de chaque Ministère, il existe un Agent du Ministre des Finances chargé, sous le titre de *Contrôleur des dépenses engagées*, de vérifier si les mandats de dépenses sont régulièrement établis.

le crédit de 20.000 francs porté au budget, grâce à MM. Raiberti et Lairolle, devait être réparti.

Nous allons passer rapidement en revue les réponses les plus intéressantes :

1^o *Caisse de Nice.*

Elle condamnait le maximum de 500 francs et même le principe d'un maximum.

2^o *Caisse de réassurance de Marseille.*

Elle demandait que la subvention fut répartie au prorata du nombre des membres.

3^o *Caisse de réassurance de Bordeaux.*

D'après elle :

a) On ne devait tenir aucun compte des cotisations et de l'importance des secours des Caisses ;

b) Une partie de la subvention devait être répartie d'une façon égale ;

c) Le reste serait réparti au prorata du nombre d'assurés de chaque Caisse.

4^o *Ille-et-Vilaine. — Caisse de réassurance de Levroux.*

Elle proposait le maintien du *statu quo*, soit 0 fr. 50 par membre, et était plutôt partisan de la suppression du maximum.

5^o *Indre-et-Loire. — Caisse générale de réassurance de Tours.*

Suppression du maximum de 500 francs. Remboursement de la subvention annuelle qui n'a pas été accordée (année 1909).

6^o *Lot-et-Garonne. — Caisse de réassurance d'Agen.*

Elle émettait les vœux suivants :

a) Suppression du maximum de 500 francs ;

b) Subvention annuelle de capitation :

0 fr. 50 pour une Caisse de moins de 1.000 membres

0 fr. 40 — 1.000 à 2.000 —

0 fr. 30 — 2.000 à 5.000 —

0 fr. 25 — 5.000 à 10.000 —

0 fr. 10 — au-dessus de 10.000 —

7^o *Loire-Inférieure. — Union générale de réassurance de Nantes.*

Elle proposait, pour la répartition des 20.000 francs, l'adoption d'un taux d'allocation de capitation à valeur décroissante. (Même conception que la Caisse d'Agen.)

8^o *Manche. — Caisse de réassurance de l'arrondissement de Cherbourg.*

Les dirigeants de cette Société auraient été heureux que la répartition se fît au prorata du nombre des sociétaires qui concourent aux secours de la réassurance, mais avec suppression du maximum.

9^o *Marne. — Caisse de réassurance du Syndicat des Sociétés de secours mutuels de la région.*

Elle souhaitait que la répartition des 20.000 francs se fît au prorata de l'effectif, et que l'on tînt compte de la durée des secours et de l'indemnité versée, et par suite de la cotisation demandée.

10^o *Maine-et-Loire. — Union générale d'Angers.*

A Angers, on aurait voulu que les 20.000 francs fussent partagés de la façon suivante : 0 fr. 25 par membre participant des Caisses assurant exclusivement la longue maladie, et 0 fr. 50 par membre des Caisses ne limitant pas leurs secours.

11^o *Caisse de l'arrondissement de Douai.*

Elle désirait que les 0 fr. 50 par membre fussent maintenus mais avec suppression du maximum de répartition, suivant le nombre des membres, le montant des cotisations et l'importance des services. Elle était hostile au vote d'une somme fixe à répartir, car « cette somme fixe devient vite insuffisante à mesure qu'augmente le nombre des ayants droit, et cette insuffisance n'est jamais comblée à temps (1). »

12^o *Seine. — Caisse de réassurance du département.*

Elle souhaitait que la répartition fût faite au prorata de l'effectif de chacune de ces institutions.

(1) Termes mêmes de la réponse de cette Caisse.

13° *Caisse de réassurance d'Albi.*

Elle estimait que l'on devait répartir 0 fr. 50 à chaque membre, sans maximum.

14° *Var. — Caisse de Toulon.*

Elle était partisan de la suppression du maximum, ainsi que du taux dégressif de l'allocation en raison de l'importance des effectifs des Caisses de réassurance.

15° *Yonne. — Caisse de réassurance du département.*

Elle considérait que la subvention de 20.000 francs était insuffisante et devait être relevée.

Au Congrès de Toulon, les vœux suivants furent émis, relativement à cette subvention :

« 1° Pas de maximum pour l'Etat en calculant le taux initial de telle sorte que la subvention reçue soit efficace, et permette à la réassurance d'accorder un secours assez élevé, sans avoir recours à une trop forte cotisation, l'octroi de ces subventions constituant une économie pour l'assistance publique ;

« 2° Pas de maximum pour la subvention accordée à la réassurance si le nombre de ses adhérents lui donne droit à plus de 500 francs ;

« 3° Le taux initial de la subvention sera calculé en tenant compte de la cotisation et du montant de l'indemnité journalière, cette subvention étant au moins de 0 fr. 50 par membre ;

« 4° Un tant pour cent sera accordé sur les dépenses réellement effectuées pour secours aux malades ;

« 5° Une allocation sera accordée selon la durée et proportionnellement à celle-ci ;

« 6° Une subvention spéciale de l'Etat sera attribuée aux Caisses de réassurance qui accordent une indemnité de maladie jusqu'au décès du sociétaire. »

Dans toutes les opinions émises par les Caisses de réassurance, au sujet de la répartition de 20.000 francs, revient

comme un *leit-motiv* cette idée que le maximum devrait être supprimé.

Il est certain que ce maximum est un obstacle au développement des Caisses de réassurance et un encouragement à l'émiettement de ces institutions. C'est faire, de plus, une différence en faveur des Sociétés de secours mutuels que d'admettre pour elles le même maximum de 500 francs, car les Caisses de réassurance de par leur objet comprennent un nombre de membres beaucoup plus grand que les Sociétés de secours mutuels.

En admettant que ce maximum soit supprimé, devrait-on répartir les 20.000 francs proportionnellement au nombre des membres, ou suivant un taux dépressif, c'est-à-dire, par exemple :

0 fr. 50 pour une Caisse de	0 à 1.000 membres
0 fr. 40	— 1.000 à 2.000 —
0 fr. 30	— 2.000 à 5.000 —
0 fr. 25	— 5.000 à 10.000 —
0 fr. 10	— au-dessus de 10.000 —

ainsi qu'il fut proposé à Agen ?

Nous sommes partisans de la répartition proportionnelle au nombre des membres, sans cela on encouragerait la multiplication des Caisses à faible effectif.

Si ce crédit de 20.000 francs était dépassé, l'Etat pourrait allouer une somme plus importante ; ce ne serait pas une véritable dépense, car les Caisses de réassurance permettent à l'Etat de réaliser des économies sur son budget de l'assistance.

Dans quelques réponses, on voit exprimé le désir que la subvention soit accordée en tenant compte du montant des cotisations et de l'importance des services ; nous estimons que cette suggestion est excellente, pourvu que l'on tienne compte en même temps de cet autre facteur : le nombre de membres.

Cette subvention de 20.000 francs a mis fin à l'incertitude qui régnait sur le point de savoir si les Caisses de réassurance avaient ou non droit aux subventions de l'Etat, mais il ne faut pas se contenter de ce résultat, et tous les mutualistes

doivent réclamer aujourd'hui l'augmentation de ce crédit qui n'est pas suffisant, eu égard à l'effectif de la réassurance.

Quand on ajouta, sur la proposition de M. Raiberti reprise par M. Lairolle (1), cette somme de 20.000 francs, au budget du Ministre du Travail, destiné à subventionner les Sociétés de secours mutuels et les Caisses de réassurance, on se demanda au Conseil supérieur de la Mutualité, comme au Congrès de Toulon, de quelle façon ces 20.000 francs devaient être répartis. M. Mascle, directeur de la Mutualité, fut chargé, par la Section permanente du Conseil supérieur de la Mutualité, de rédiger un rapport sur cette question. M. Mascle communiqua son rapport au Conseil supérieur de la Mutualité, à la séance du vendredi soir 7 avril 1910.

D'après M. Mascle, les Caisses de réassurance devraient être classées en plusieurs catégories selon :

1^o Le montant de la cotisation versée par les membres adhérents ;

2^o Les dépenses effectuées pour le service qu'elles organisent ;

3^o Le temps pendant lequel elles assurent les soins de maladies

Les subventions qui leur seraient allouées se composeraient donc de trois éléments :

« Le premier serait calculé en fixant un coefficient déterminé d'après le chiffre de la cotisation, et en multipliant ce coefficient par le nombre de membres participants adhérents à la Caisse.

« Le deuxième pourrait être calculé en allouant un tant pour cent sur l'ensemble des dépenses de maladies effectuées dans le cours de l'année par la Caisse.

« Le troisième élément, enfin, consisterait en une prime fixe allouée à la Caisse lorsqu'elle assurerait le service maladie pendant plus d'un temps déterminé et pris comme base. Ce

(1) Président de la Fédération des Sociétés de secours mutuels des Alpes-Maritimes.

temps pourrait être d'une année. La prime fixe serait alors accordée aux Caisses de réassurance assurant le secours pendant plus d'une année et proportionnellement :

« 1^o Au nombre de ses membres participants ;

« 2^o Au nombre d'années durant lesquelles le secours est continué.

« Cette prime serait donc simple, double, triple, selon les cas. »

Pour mettre en application les idées exposées ci-dessus, M. Mascle proposait aux délibérations du Conseil supérieur le projet de barème suivant :

ARTICLE PREMIER. — Les Caisses de réassurance appelées à bénéficier des subventions de l'Etat, sont divisées en quatre catégories, savoir :

Première catégorie : Caisses de réassurance dont les adhérents paient une cotisation inférieure à 1 fr. 20.

Deuxième catégorie : Caisses de réassurance dont les adhérents paient une cotisation comprise entre 1 fr. 20 et 3 francs.

Troisième catégorie : Caisses de réassurance dont les adhérents paient une cotisation comprise entre 3 et 4 francs.

Quatrième catégorie : Caisses de réassurance dont les adhérents paient une cotisation supérieure à 4 francs.

ART. 2. — Les subventions allouées aux Caisses de réassurance comprennent :

1^o Une somme calculée d'après les données ci-après :

1^{re} catégorie : 0 fr. 05 par membre participant

2^e — 0 fr. 10 — — —

3^e — 0 fr. 20 — — —

4^e — 0 fr. 25 — — —

2^o Une allocation égale à 5 % des dépenses effectuées par la Caisse de réassurance pour son service maladie ;

3^o Une prime fixe par chaque année durant laquelle le secours est accordé, la première année exclue. Cette prime sera de 50 francs pour les Caisses de réassurance comptant moins de 1.000 membres participants, de 100 francs pour celles comptant de 1.001 à 2.000 membres participants, et de 150 francs pour celles ayant plus de 2.000 membres participants.

ART. 3. — La subvention totale allouée aux Caisses de réassurance ne pourra, en aucun cas, dépasser la somme de 500 francs.

ART. 4. — Le Directeur de la Mutualité est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Le Conseil supérieur décida de renvoyer l'examen de cette question à la session suivante.

A cette session, M. Olivier, chargé par le Conseil d'étudier le projet de M. Mascle, en parla à peine ; il se contenta de critiquer les quatre classes que proposait d'établir le Directeur de la Mutualité, et suggéra de les réduire à deux.

Dans la première, auraient été comprises les Caisses exigeant des cotisations annuelles de moins de 3 francs, et dans la deuxième, les Caisses demandant à leurs adhérents des cotisations de plus de 3 francs.

Les Caisses de la première classe auraient reçu 0 fr. 25 par membre participant, et celles de la deuxième classe, 0 fr. 35. M. Olivier proposait de diviser le reliquat des crédits à utiliser par le total des dépenses des Caisses et de l'attribuer à chaque Caisse au prorata de ces dépenses.

Aux sessions suivantes du Conseil supérieur, on ne trancha point cette question, si bien que, comme nous le faisons savoir plus haut, les subventions pour l'exercice 1919 ont encore été de 0 fr. 50 par membre avec 500 francs comme maximum.

Le projet de M. Mascle, tel qu'il a été présenté par son auteur, et tel qu'il serait si les modifications proposées par

M. Olivier étaient faites, présente ce défaut capital de maintenir le maximum de 500 francs auquel, nous l'avons vu, sont hostiles presque toutes les Caisses de réassurance, et qui, selon notre propre avis, aurait dû être supprimé depuis longtemps.

A l'heure actuelle, ainsi que nous le ferons connaître dans notre seconde partie, un projet de loi sur les Assurances sociales a été déposé au Parlement.

Les auteurs de ce projet ont considéré que les résultats obtenus par les Caisses de réassurance, tant dans le domaine de la longue maladie qu'en matière d'invalidité, étaient si peu considérables qu'ils confient exclusivement l'assurance de ces deux risques à de nouveaux organismes : les *Caisses régionales*.

Nous verrons que nous estimons que les Caisses de réassurance devraient continuer à fonctionner côte à côte avec ces Caisses régionales, à la condition que l'Etat accorde aux unes et aux autres les mêmes subventions.

c) *Dons, legs, fêtes et collectes*. — Ces ressources ne sont jamais importantes ; elles varient selon les régions, les années, etc...

Ordinairement, dans les statistiques, on réunit sous une même rubrique les subventions, les dons et les legs.

Nous extrayons les renseignements suivants de la statistique dressée par les organisateurs du Congrès de Toulon avec les réponses qui leur parvinrent des Caisses qui donnèrent leur adhésion au Congrès.

Ces chiffres représentent pour chaque Caisse le total des cotisations, dons et legs qu'elle avait reçus de l'époque de sa fondation à 1912.

Premier groupe : Caisses fondées de 1881 à 1887.

Siège Social	Montant des subventions, dons, legs, etc.
Nantes	186.594 96
Angers.	155.310 02
Reims.	96.813 02

Tours.	9.439 25
Toulon	3.385 89
Marseille.	3.096 33

Deuxième groupe : Caisses fondées de 1891 à 1900.

Bordeaux	2.476 50
Lyon	»
Saintes	1.188 »
Toulouse.	3.844 »
Douai.	48.557 42
Levroux.	970 »

Troisième groupe : Caisses fondées de 1900 à 1911.

Nice (en 1910 et 1911).	2.000 »
Angoulême.	3.273 93
Dijon.	2.000 »
Orléans	13.636 01
Saint-Etienne.	2.250 »
Moulins.	1.440 »
Carcassonne	6.505 13
Paris	2.988 64
Montpellier.	8.820 60
Agen	2.500 »
Chalon-sur-Saône.	2.230 »
Reims (Union départementale).	1.197 41
Lons-le-Saulnier (Jura)	6.738 »
Charleville (Dép.).	3.000 »
Avignon.	1.741 85
Clermont-Ferrand	3.020 »
Rennes	2.966 12
Drôme (Ardèche).	3.476 12
Périgueux.	2.511 51
Albi.	3.000 »
Roche-sur-Yon.	3.000 »
Carnières.	500 »
Charleville (Employés).	7.375 32

Grenoble.	1.223 »
Roubaix.	1.000 »

B) DÉPENSES

Elles comprennent :

- a) Les indemnités de maladie ;
- b) Frais pour visites et contre-visites médicales ;
- c) Frais de gestion.

a) *Les indemnités de maladie.* — Ce sont les seules prestations accordées par les Caisses de réassurance, jamais ces institutions n'accordent les soins médicaux. Ces prestations sont distribuées sous la forme d'allocations en espèces.

Nous parlerons du montant des allocations et de leur durée, nous examinerons ensuite la question de savoir si elles doivent être servies le dimanche et nous dirons enfin si les tuberculeux ont droit à ces allocations.

Montant et durée. — La quotité des indemnités se rapproche toujours de 1 franc par jour.

La durée est tantôt de un an, tantôt de deux ans, tantôt de trois ans, cela suivant les Caisses.

En Belgique, grâce aux subventions allouées par le Gouvernement, certaines Caisses distribuent des secours pendant cinq ans, la quotité des indemnités étant équivalente à celle des indemnités servies par les Caisses françaises.

Au Congrès des Caisses de réassurance de Toulon, le vœu émis relativement à la durée des secours fut le suivant :

« L'indemnité journalière devra être allouée le plus longtemps possible ; dans tous les cas, l'indemnité cessera le jour où le malade sera déclaré guéri ou reconnu incurable. »

Lorsque nous avons parlé, au début de notre ouvrage, des prestations des Sociétés de secours mutuels, nous avons

proposé que l'indemnité journalière aille en progressant ; nous avons même pu signaler que certaines Sociétés de secours mutuels avaient adopté ce système et s'en trouvaient fort bien.

Les Caisses de réassurance commencent à se montrer favorables à cette manière de procéder qui devrait, nous semble-t-il, s'imposer davantage encore dans le domaine de la longue maladie où la situation pécuniaire du malade est plus critique que lorsqu'il est traité par la Société de secours mutuels pour une maladie de courte durée.

Les Caisses d'Orléans, Saint-Etienne et Agen se sont seules ralliées à ce système.

A Orléans, l'indemnité est de 1 franc pendant la première année et de 1 fr. 50 pendant la seconde année.

A Saint-Etienne, elle est de 0 fr. 75 pendant les six premiers mois, de 1 franc pendant les six mois suivants, enfin de 1 fr. 25 pendant six autres mois.

A Agen, elle est de 0 fr. 50 pendant les six premiers mois, de 0 fr. 75 pendant les six mois suivants, et de 1 franc pendant six autres mois.

Ces indemnités, servies par les Caisses de réassurance, doivent-elles être allouées le dimanche comme les autres jours ?

Certaines Caisses de réassurance, celle d'Angers, par exemple, suppriment l'allocation le dimanche, la plupart, au contraire, assimilent ce jour aux autres jours de la semaine.

Ainsi, à Angers, on sert :

1 fr. 50 par jour pendant six mois, *sauf les dimanches* ;

1 franc par jour pendant quinze mois, *sauf les dimanches* ;

Ensuite, jusqu'à guérison ou décès, 10 francs par mois ou 120 francs par an.

A Reims, on verse :

1 franc par jour pendant la première année, *dimanches compris* ;

Et 0 fr. 50 par jour pendant la deuxième année, *dimanches compris*.

A Toulon, actuellement :

1 fr. 20 par jour pendant trois ans, *dimanches compris* ;

0 fr. 25 par jour jusqu'à guérison ou décès, *dimanches compris*.

Certaines Caisses, comme celle de Nantes, suppriment l'allocation le dimanche, la plupart assimilent, au contraire, ce jour aux autres jours de la semaine.

Pour donner une réponse à cette question, il est nécessaire que nous nous demandions à quoi en résumé correspond l'indemnité. Est-elle destinée à remplacer le salaire ou à permettre au malade de se soigner ?

Nous avons vu que l'indemnité était toujours très nettement inférieure au salaire. Il ne faut pas confondre non plus l'assurance maladie avec l'assurance contre le chômage. Le véritable but des secours servis par la Caisse de réassurance est de permettre à l'assuré de se procurer les soins nécessaires à son état, soins qui lui sont aussi nécessaires le dimanche que les autres jours de la semaine.

Les Caisses, qui privent ce jour-là le malade du bénéfice de l'indemnité, prennent en réalité une mesure profondément injuste.

Afin de donner un aperçu de la quotité des secours alloués par les Caisses de réassurance, nous citons les chiffres fournis par les réponses des Caisses de réassurance au questionnaire qui leur fut adressé en 1912 par les dirigeants de la Caisse de Toulon à l'occasion de la réunion du premier Congrès des Caisses de réassurance.

Les trois facteurs : cotisations, indemnité journalière et durée de cette indemnité ayant ensemble des rapports quasi-indivisibles, nous donnons les différents chiffres correspondant à ces trois ordres de question en regard les uns des autres.

Premier groupe :

Caisses de réassurance fondées entre 1881 et 1887.

Lieu de fondation et date	Cotisation annuelle	Indemnité journalière	Durée
Nantes, 1881	1 80.	{ 1 50. 1 „.	6 mois 18 mois
Angers, 1883	3 „.	{ 1 25. 0 75.	6 mois 15 mois
Reims (Caisse du Syn- dicat), 1884.	1 20.	{ 1 „. 0 50.	1 an 2 ^e année
Seine, 1886.	2 40.	0 70.	3 ans
Tours, 1887.	3 „.	{ 1 „. 0 75. 0 50.	1 ^{re} année 2 ^e année 3 ^e et 4 ^e ann.
Toulon, 1887	1 30.	1 20.	3 ans
Marseille, 1887	1 30.	1 „.	1 an

Deuxième groupe : Caisses fondées de 1891 à 1900.

Bordeaux, 1891	1 20.	{ 1 „. 0 50.	6 mois 6 autr. mois
Lyon, 1891.	1 20.	{ 1 „. 0 50.	1 an 1 an
Saintes, 1898	{ 0 15. 0 25.	{ 1 „. 0 50.	1 ^{re} année 2 ^e année
Toulouse, 1899.	1 20.	{ 1 25. 0 75.	6 mois 2 ans
Douai, 1899.	2 40.	0 50.	2 ans
Levroux (Indre), 1899 .	1 30.	1 „.	1 an
Nice, 1901	1 30.	{ 1 „. 0 75. 0 50.	8 mois 1 an 3 ^e année
Angoulême, 1902,	{ 0 60. 0 30.	{ 3 „ p. sem. 1 50 —	1 ^{re} année 2 ^e année
Dijon, 1903.	1 50.	{ 1 „. 0 50.	1 ^{re} année 2 ^e année

Deuxième groupe : Caisses fondées de 1891 à 1900 (*Suite*).

Lieu de fondation et date	Cotisation annuelle	Indemnité journalière	Durée
Orléans, 1904.	Variable se- lon les se- cours de la Société d'o- rigine.	1 »	1 ^{re} année
		1 50. . . .	2 ^e année
Saint-Etienne, 1904 . .	1 25. . . .	{ 0 75. . . .	6 mois
		{ 1 »	6 mois
		{ 1 25. . . .	6 mois
Moulins, 1904.	2 40. . . .	{ 1 »	1 an
		{ 0 50. . . .	2 ^e année
Carcassonne, 1904. . .	1 80. . . .	1 »	18 mois
Paris, 1904	1 80. . . .	1 »	1 an
Montpellier, 1904 . . .	1 80. . . .	1 »	21 mois
Nancy, 1905.	2 »	{ 1 »	6 mois
		{ 0 50. . . .	30 mois
Agen, 1905	1 20. . . .	{ 0 50. . . .	6 mois
		{ 0 75. . . .	6 mois
		{ 1 »	6 mois
Chalon-sur-Saône, 1905.	1 80. . . .	{ 1 »	1 an
		{ 0 50. . . .	2 ^e année
Reims (Union départe- mentale), 1905. . .	2 »	{ 1 »	1 an
		{ 0 50. . . .	2 ^e année
Lons-le-Saulnier (Jura), { 2 » adultes. { 1 »	{ 1 » enfants. { 0 50. . . .	0 50. . . .	9 mois
1905.			12 mois
Avignon, 1906.	1 90. . . .	1 »	21 mois
Charleville (Départe- mentale), 1906. . . .	{ 2 »	{ 0 50. . . .	12 mois
	{ 1 40. . . .	{ 1 »	9 mois
Clermont-Ferrand, 1907.	{ 1 30. . . .	1 »	5 mois
	{ 1 90. . . .		
	{ 3 10. . . .		
	{ 3 60. . . .		
	{ 4 80. . . .	0 75. . . .	5 ^e au 21 ^e m.

Ces différentes cotisations variant avec la durée des secours des Sociétés de secours mutuels.

Roanne, 1907.	{	1 20.	{	1 »	3 mois
				0 50.	21 mois
				0 25.	1 an

Deuxième groupe : Caisses fondées de 1891 à 1900 (*Suite*).

Lieu de fondation et date	Cotisation annuelle	Indemnité journalière	Durée
Périgueux, 1907.	0 60.	{ 0 75. 0 50.	4 mois 5 mois
Toufflers (Nord) (2 So- ciétés), 1907	1 80.	6 » p. sem.	6 mois
Albi, 1907.	1 30.	{ 1 » 0 50.	1 an 2 ^e année
Roche-sur-Yon, 1907. . .	1 80.	{ 1 » 0 50.	1 an 2 ^e année
Senlis, 1908.	0 60.	{ 0 50. 0 30. 0 15.	1 an 1 an 1 an
Carnières, 1908	1 »	0 50.	1 an
Pas-de-Calais (Mutualité scolaire), 1909.	0 05.	0 50.	9 mois
Cherbourg, 1909.	0 60.	{ 1 » 0 50.	1 ^{re} année 2 ^e année
Yonne, 1909.	{ 1 30. 1 90. 2 50. 3 10. 3 70.	0 75.	2 ans

Variable avec la durée des secours des Sociétés de secours mutuels.

Charleville (Employés), 1905.	2	»	{	1 »	6 mois
				0 75.	1 an
				0 50.	1 an
Grenoble, 1911.	1	30.	1	»	21 mois
Roubaix, 1911i	1	20.	1	»	2 ans

Pour faire partie d'une Caisse de réassurance, il faut, nous l'avons déjà vu, n'avoir pas dépassé un certain âge ; il faut,

de plus, se trouver en bonne santé quand on donne son adhésion et avoir acquitté le droit d'entrée quand ce droit est exigé.

Il semble naturel que le membre qui est atteint d'une maladie de longue durée ait droit aux prestations de la Caisse de réassurance, sans autre condition que le paiement de sa cotisation.

Cela paraît conforme au but des Caisses de réassurance, tel que nous l'avons déjà écrit à maintes reprises.

Or, pratiquement, cela ne se passe pas tout à fait ainsi. Dans la plupart des Caisses de réassurance, pour avoir droit aux soins, il faut avoir fait un stage d'une certaine durée.

L'article 6 des statuts de la Caisse d'Angers dispose :

« Les membres participants n'auront droit aux avantages de l'association qu'après six mois d'inscription. »

Les mutualistes, qui font du stage dans la réassurance la condition essentielle de l'obtention des secours, exposent que le stage est une garantie indispensable pour dépister les cas de maladie dont sont atteints les sociétaires au moment de leur entrée dans la réassurance.

Ils disent qu'il ne faut pas confondre réassurance avec philanthropie et qu'il est nécessaire de se trouver en bonne santé quand on s'affilie à une Caisse de réassurance.

Les dirigeants de la Caisse de Toulon, M. Coulomb et M. Hérente, défendirent énergiquement ce système au Congrès des Caisses de réassurance en 1912, ils firent connaître qu'à Toulon le stage durait un an et que le droit au secours était acquis dès que l'année du stage était accompli et quand le malade avait reçu pendant les quatre derniers mois précédant la fin du stage, les secours de la Société d'origine.

A ce même Congrès de Toulon, MM. Lavergne et Malhanche firent très justement remarquer que cette pratique était contraire au but assigné aux Caisses de réassurance : *prendre les malades dès leur abandon par la Société.*

M. Malhanche raisonnait ainsi : « Les sociétaires ont

déjà fait trois mois de stage dans leurs associations avant d'avoir droit aux secours statutaires en cas de maladie ; $3 + 6 = 9$, c'est donc neuf mois de stage fournis qui offrent certainement toute garantie à la Caisse de réassurance qui les prend. »

Une proposition transactionnelle de M. Hérent fut adoptée à l'unanimité, et le cinquième vœu du Congrès fut le suivant : « Attribution de l'indemnité journalière après un stage dans la Caisse de réassurance de six mois à un an... pendant la durée du stage imposé par les Caisses de réassurance (le Congrès émet le vœu) que les Sociétés de secours mutuels continuent les secours à leurs adhérents malades, soit à l'aide d'une cotisation spéciale, soit à l'aide des ressources générales de la Société. »

Nous estimons que ce vœu est très critiquable, puisqu'il va à l'encontre du rôle que doivent jouer les Caisses de réassurance, cet espoir que les Sociétés continueront à s'occuper du malade a bien peu de chance de se réaliser car la cotisation des adhérents est généralement le maximum du sacrifice qu'on peut leur demander et, d'autre part, la durée de six mois est imposée aux Sociétés par les nécessités budgétaires.

Nous sommes pleinement de l'avis de M. Malhanche et condamnons la pratique des Caisses qui exigent un stage car — qu'on nous passe l'expression — en agissant de cette manière, elles retirent d'une main ce qu'elles donnent de l'autre.

Les tuberculeux ont-ils droit aux avantages de la réassurance ?

On sait que la réassurance indemnise les mêmes cas que les Sociétés de secours mutuels dont elles prolongent les secours à l'expiration de la période statutaire.

Or, l'on trouve encore aujourd'hui des Sociétés de secours mutuels de fondation ancienne qui excluent les maladies chroniques et incurables, comme la tuberculose.

Cependant, les tuberculeux ne sont-ils pas encore plus

intéressants que les autres malades, puisqu'ils sont obligés de faire plus de frais que les autres pour se soigner ?

Dans son rapport au Congrès national de la Mutualité, réuni à Nice en 1907, M. Firmin Durbar citait ces paroles de M. le Chanoine Douterluingne, mutualiste belge distingué :

« Du moment qu'il est bien constaté qu'à leur entrée dans la Société, les nouveaux membres n'ont aucun genre de maladie, pourquoi faire entre les maladies qui peuvent également les atteindre, toutes les distinctions aussi contraires au but même de l'assurance qu'au principe de justice distributive... Les Caisses de réassurance peuvent et doivent intervenir dans la lutte contre la tuberculose. Elles le peuvent, par l'enseignement donné dans les assemblées générales des Sociétés et dans les visites aux malades, par les précautions qu'elles ont la force d'imposer, par les secours qu'elles sont en mesure de donner.

Elles le doivent au nom de leurs intérêts bien compris et de la mission amicale et fraternelle dont la qualité de Société d'assurance ne doit pas les détourner. »

Au même Congrès de Nice, en raison des soins dispendieux dont ces malades sont obligés de s'entourer, M. Olivier estimait dans son rapport que la Caisse de réassurance ne devait pas se borner à fournir aux tuberculeux l'allocation prévue dans ses statuts.

Il exposait que le tuberculeux ne saurait être soigné à domicile, mais dans un sanatorium. L'admission des tuberculeux dans un pareil établissement entraînant de gros frais, il lui semblaît tout naturel que l'Etat qui, à maintes occasions, avait témoigné de son désir de venir en aide pécuniairement aux malades atteints de cette affection, partage avec la Caisse de réassurance dont les ressources sont si limitées, les dépenses nécessitées par l'installation du tuberculeux dans un sanatorium, pourvu qu'un médecin traitant ait attesté de la curabilité de la maladie.

Ce partage aurait eu lieu, d'après M. Olivier, suivant les

proportions suivantes : la Caisse aurait versé l'indemnité prévue par ses statuts, et l'Etat aurait fourni la différence.

Nous croyons qu'il serait désirable que les statuts de nos organismes de réassurance prévoient l'organisation de services de secours aux tuberculeux, étant donnée la fréquence des cas de tuberculose, fréquence qui n'est malheureusement pas niable.

Ce service spécial pour les tuberculeux a déjà été organisé dans une Caisse de réassurance belge.

Dans le numéro 1 des *Annales de l'Alliance d'Hygiène sociale*, on avait également prévu une organisation spéciale des Caisses de réassurance, pour lutter contre la tuberculose.

Nous allons résumer brièvement ces deux conceptions.

La Fédération neutre des Sociétés de secours mutuels d'Anvers et de ses faubourgs fonda, le 13 avril 1902, la première Caisse de réassurance pour les secours aux mutualistes tuberculeux.

Les Sociétés peuvent adhérer à la Caisse moyennant le versement de la somme de 0 fr. 60 par membre et par an ; elles préviennent la Caisse lorsque le médecin de la Fédération estime que la maladie d'un membre conduit cet individu à la tuberculose. Les secours que procure la Caisse aux tuberculeux sont les suivants : lait, œufs, chaises longues, entretien du malade dans un dispensaire ou dans un sanatorium, si elle le peut. Les Sociétés auxquelles appartiennent les tuberculeux continuent pendant l'intervention de la Caisse, la distribution de leurs indemnités et les soins médicaux.

Examinons l'autre système.

En 1904, une Commission de l'Alliance d'hygiène sociale avait proposé la création de Caisses de réassurance à double expansion, c'est-à-dire de Caisses percevant deux cotisations différentes : l'une en vue de la réassurance ordinaire, l'autre pour accorder un secours extraordinaire aux tuberculeux.

L'assistance aux tuberculeux aurait été faite par l'intermédiaire des œuvres antituberculeuses spéciales. Ces œuvres auraient été alimentées par les cotisations spéciales reversées

par les Caisses de réassurance, et par les indemnités de réassurance qui n'auraient été versées que si le tuberculeux était célibataire ou veuf.

Les deux systèmes ainsi exposés sont bien imparfaits. Les avantages que donnerait le premier sont médiocres et aléatoires; le deuxième créerait une complication bien inutile; mais surtout, la principale objection qu'on peut leur adresser à tous deux, c'est qu'ils ne font pas une place suffisante à la prévention.

Il faudrait, à notre avis, organiser une surveillance rigoureuse des cas de maladies soignés dans les Sociétés de secours mutuels, surveillance exercée par un ou plusieurs médecins qui signaleraient impitoyablement à la Caisse de réassurance tous les cas suspects.

A la suite d'une entente, la Caisse de réassurance aurait le droit de se subroger aux droits et obligations de la Société vis-à-vis des malades qui lui auraient été signalés.

En offrant sa clientèle aux établissements sanitaires déjà existants, nul doute que l'institution de réassurance bénéficierait de conditions avantageuses.

D'autre part, l'organisation d'un service de placement spécial pour les tuberculeux en état de travailler aurait des chances d'aboutir quelquefois, à la guérison des malades, et tout au moins, à une économie sérieuse.

Pour créer toute cette organisation, des ressources seraient évidemment nécessaires, mais devant les avantages ainsi offerts, les cotisations pourraient être augmentées, et le Gouvernement ne se désintéresserait certainement pas de cette œuvre qui, indépendamment de sa haute portée sociale, lui ferait réaliser une économie sérieuse sur le budget qu'il consacre chaque année aux frais d'assistance.

De très louables efforts ont été faits pendant la guerre par les mutualistes pour secourir les militaires tuberculeux.

En réponse à l'appel que lui avait adressé le Comité départemental du Var, d'assistance aux militaires et marins tuber-

culeux de la guerre, la Caisse de réassurance de Toulon décida à l'unanimité de souscrire annuellement une somme de 50 francs, maximum de la cotisation d'adhésion.

b) *Frais pour visites et contre-visites médicales.* — Voici dans quels cas ont lieu ces visites et contre-visites.

Avant de servir l'indemnité de maladie à un membre participant, les Caisses exigent, outre le certificat du médecin de la Société attestant qu'il donne des soins non interrompus à ce membre depuis le commencement de la période statutaire, *un certificat d'un de leurs médecins (1).*

Lorsque la Caisse de réassurance croit s'apercevoir qu'un sociétaire a simulé une maladie, elle le fait contre-visiter par un de ses médecins. Si l'intéressé s'y refuse, il est rayé des contrôles (2).

Nous ne possédons pas ces frais relativement à la Caisse d'Angers. Nous citerons les chiffres suivants de la Caisse de Toulon :

Années	Frais de visites et contre-visites
1912.	131 55
1913.	140 05
1914.	122 60
1915.	98 20
1916.	115 40
1917.	85 50
1918.	92 »
1919.	99 45

c) *Frais de gestion.* — Ils sont très peu élevés, et c'est un trait

(1) Statuts de la Caisse d'Angers, art. 34. « Les propositions de secours comprendront : 1° la demande du Président de la Société ; 2° un certificat du médecin de la Société attestant qu'il lui donne des soins non interrompus, depuis six mois ; 3° le certificat de l'un des médecins de l'Union.

(2) Article 36 des statuts de la même Caisse :

Tout sociétaire qui se ferait abusivement donner des secours en trompant l'association ou en simulant une maladie... devra se soumettre à l'examen du médecin choisi par l'Union ; s'il s'y refuse, il sera rayé des contrôles, etc...

caractéristique de toutes les institutions mutualistes. Le dévouement de tout le personnel est absolument sans bornes ; il se contente de rétributions tout à fait modiques.

Voici les frais de gestion de la Caisse de Toulon, pour les huit dernières années (1).

Nombre de membres	Années	Frais de gestion
6.569	1912	1.929 55
6.762	1913	1.341 80
7.288	1914	1.671 80
7.073	1915	1.763 95
6.973	1916	1.545 50
6.820	1917	1.735 20
6.645	1918	1.911 10
	1919	1.764 55

Afin de bien nous rendre compte combien ces chiffres sont peu élevés, nous avons mis en regard le nombre de membres de la réassurance pendant ces huit années. Si nous prenons comme exemple l'année 1919, nous voyons que les dépenses pour chaque membre se sont élevées à $\frac{1.764\ 55}{6\ 645} = 0\text{ fr. }26$.

Nous savons qu'il y a deux types différents de Caisses de réassurance. Le type de Reims et le type de Toulon. Dans notre chapitre deuxième, nous avons fait ressortir les principales différences qui les séparaient. Nous allons maintenant décrire le budget de chacune de ces Caisses, et nous comparerons deux budgets de la même année (2).

(1) Nous possédons tous ces renseignements grâce à l'extrême obligeance de M. César Hérente, le dévoué Président de la Caisse de Toulon.

(2) La guerre désorganisa la Caisse de Reims, et son fonctionnement n'est pas encore redevenu normal, c'est pourquoi nous avons cité le budget de 1913. Afin de pouvoir faire une comparaison, nous avons reproduit le budget de la Caisse de Toulon de 1913.

Caisse de réassurance de Reims (Année 1913)

Recettes.

Reçu des Sociétés

Hommes.	1.599 60	}	2.071 50
Femmes.	417 70		
Enfants.	54 20		
Reçu des membres honoraires.			415 »
Subvention de l'Etat (1910-1911).			1.000 »
— de la Ville de Reims			785 »
Participation du Syndicat à l'Exposition de Gand			15 »
Intérêts des fonds placés.			2.308 60
Total			<u>6.595 10</u>

Dépenses.

Indemnités aux malades :

Hommes.	1.942 »	}	2.326 50
Femmes.	341 50		
Enfants.	43 »		
Frais de collecte et loyer.			80 »
Exposition de Gand.			39 35
Frais généraux.			119 »
Total.			<u>2.564 85</u>

Récapitulation.

Recettes générales.	6.595 10
Dépenses générales	<u>2.564 85</u>
Excédent des recettes.	4.030 25
A ajouter à l'Avoir au 31 décembre 1912.	<u>50.827 39</u>
Capital au 31 décembre 1913.	<u>54.857 64</u>

Composition de l'Actif.

Caisse des Dépôts et Consignations (fonds libres).	54.839 74
En Caisse, chez le trésorier	<u>17 90</u>
Total égal.	<u><u>54.857 64</u></u>

Comparaison pour 1913.

Recettes ordinaires	2.071 50	
Dépenses ordinaires :		
Indemnités hommes. . . 1.942 »	} 2.326 50	
— femmes. . . 341 50		
— enfants . . . 43 »		
Frais généraux.	238 35	<u>2.564 85</u>
Excédent des dépenses sur les recettes en 1913.		<u><u>493 35</u></u>

Budget de la Caisse de Reims (effectif en 1913 : 1738 membres)

La quotité des indemnités étant déterminée par les statuts, le budget de la Caisse de Reims se présente sous une forme très simple. Il contient, en somme, deux parties principales : d'un côté les recettes, de l'autre les dépenses.

Recettes. — Les membres honoraires sont intervenus pour 415 francs. L'Etat était en retard pour le versement de sa subvention annuelle de 500 francs.

Dépenses. — Les indemnités de maladie forment un total de 2.326 fr. 50 contre 2.071 fr. 50 de cotisations de membres participants. La Caisse de réassurance de Reims ne fonctionne donc que grâce à ses ressources extraordinaires. La rubrique, frais généraux, contient les frais de gestion, et cependant le total n'est que de 119 francs. La Caisse est donc fort bien administrée.

Le capital est de 54.839 fr. 74. On se souvient qu'à l'époque de la fondation il n'était que de 8.000 francs.

Chaque année, on verse à ce capital l'excédent des recettes sur les dépenses. Quand l'année est mauvaise, on prélève sur ce capital la somme nécessaire *pour équilibrer le budget.*

Caisse de réassurance de Toulon (Année 1913).

SITUATION FINANCIÈRE

Exercice 1913

Actif au 31 décembre 1912. 37.259 13

Recettes de 1913.

Cotisations des membres hono- raires	35 »	
Cotisations des membres partici- pants (trimestrielles).	7.969 50	
Cotisations des membres partici- pants (annuelles)	888 »	
Droits d'admission	776 50	
Remboursements des statuts. . .	305 »	
Intérêts des fonds placés.	1.667 94	
Subvention de l'Etat (deux années)	1.000 »	13.366 09
Subvention de la commune de Tou- lon (pour le loyer).	500 »	
Subvention du Conseil général pour le Congrès.	50 »	
Contribution des Sociétés pour l'en- tretien du local.	57 25	
Reversement au compte des ma- lades hospitalisés	116 90	
Total de l'existant et des recettes . .		50.625 22

Dépenses de 1913.

Indemnités de maladie:

Première catégorie. . .	9.992 50	13.365 10
Indemnités de maladie. . .	3.372 60	
Frais pour visites et contre-visites médicales	140 05	
Total du service maladie.	13.505 15	

REPORTS	13.505 15	50.625 22
<i>Dépenses imputables au Compte de gestion:</i>		
Ouvrages et publications de mutualité	10 50	
Registres et imprimés.	32 »	
Adhésion au Congrès de Montpellier,	10 »	
Indemnités aux délégués des Congrès et des réunions mutualistes	200 »	
Cotisations d'affiliation à la Ligue nationale.	10 »	
Cotisations d'affiliation à la Fédération nationale.	15 »	
Appointements de l'agent comptable.	390 »	
Allocation à l'aide-comptable.	70 »	
Travaux supplémentaires de comptabilité.	11 75	
Frais d'instance judiciaire : affaire La Fraternelle.	80 »	
Frais généraux.	187 55	
Loyer.	325 »	
	1.341 80	14.846 95
Reste représentant l'actif au 31 décembre 1913.		<u>35.778 27</u>

Décomposition de l'Actif.

Caisse d'Epargne.	101 12
Caisse des Dépôts et Consignations	34.807 54
Obligation de la Prolétarienne	100 »
Caisse du trésorier.	<u>769 61</u>
Total	35.778 27

REPORT. 35.778 27

A déduire :

Compte des malades hospitalisés	551 15
Reste à l'actif	<u>35.227 12</u>

Comptes sociaux.

Compte de répartition.

Evaluation des quatre cinquièmes des cotisations des membres participants applicables aux secours (7.969 50)	6.375 60
Intérêts du capital de réserve.	<u>1.667 94</u>
Total	<u>8.043 54</u>
Montant des secours alloués en 1913, ci. 13.365 10	} 13.505 15
Dépenses pour contre visites et- visites médicales 140 05	
Différence supportée par le compte de réserve.	<u>5.461 51</u>

Compte de gestion.

Produit des cotisations annuelles :	
0 fr. 10 = 489 fr. 80.	} 888 »
0 fr. 20 = 398 fr. 20.	
Produit du remboursement des statuts.	305 »
Remboursements divers.	57 25
Subvention de la commune de Toulon pour le loyer et la propagande.	500 »
Subvention du Conseil général pour le Congrès des réassurances	<u>50 »</u>
Total	1.800 25
Montant des dépenses du compte de gestion . .	<u>1.341 80</u>
Différence supportée au compte de réserve. . .	<u>458 45</u>

Compte de réserve.

Subvention de l'Etat (deux années).	1.000 »
Cotisation des membres honoraires	35 »
Droits d'admission	776 50
Montant du cinquième des cotisations des membres participants (7.969 fr. 50).	1.953 90
Comptes des malades hospitalisés.	116 90
Total	<u>3.522 30</u>

A ajouter :

Reliquat du compte de gestion.	<u>458 45</u>
Total de l'accroissement réglementaire.	3.980 75
Existant au 1 ^{er} janvier 1913.	<u>37.259 13</u>
Total	41.239 88

A déduire :

Déficit du compte de répartition :	<u>5.461 61</u>
Reste au compte de réserve au 31 décembre 1913.	<u><u>35.778 27</u></u>

Détermination des indemnités.

Montant des cotisations des membres partici- pants, encaissées du 1 ^{er} octobre 1887, date du fonctionnement de la réassurance, au 31 décembre 1912.	104.010 30
Cotisations de 1913.	<u>7.969 50</u>
Total	<u><u>111.970 30</u></u>

dont les quatre cinquièmes (applicables aux secours des malades des deux catégories) repré- sentent une somme de.	89.583 84
à laquelle il faut ajouter les intérêts des fonds placés (18.371 fr. 23 + 1.667 fr. 94), soit. . .	<u>20.039 17</u>
forment un total à répartir de.	<u><u>109.623 01</u></u>

Les trois quarts de cette somme de 109.623 fr. 01, soit.	82.217 26
représentent la part à attribuer aux malades de la première catégorie (malades ordinaires).	
Le quart restant revenant réglementairement, conformément aux prescriptions de l'article 53 des statuts, aux malades de la deuxième caté- gorie (infirmes ou incurables).	27.405 75
Total égal.	<u>109.623 01</u>

Après les recettes et les dépenses, nous rencontrons trois comptes qui sont :

- 1^o Le compte de répartition ;
- 2^o Le compte de gestion ;
- 3^o Le compte de réserve.

1^o *Le compte de répartition.* — C'est au moyen de ce compte que l'on doit théoriquement déterminer le taux des deux catégories d'indemnité. Nous avons vu qu'en réalité ce taux était fixé à l'avance pour une période de trois années.

Le compte de répartition comprend : les quatre cinquièmes des cotisations des membres participants et les intérêts du capital de réserve. Chaque année, on en retire le montant des secours alloués et les frais de visites et de contre-visites, la différence est portée au compte de réserve.

2^o *Le compte de gestion.* — Il comprend comme ressources les cotisations versées par les membres de la réassurance, spécialement en vue de la gestion et les différentes subventions du département de la commune ; comme dépenses, les frais de gestion.

La différence est également portée au compte de réserve.

3^o *Le compte de réserve.* — Nous y trouvons : la subvention de l'Etat, les cotisations des membres honoraires, les droits d'admission, le montant du cinquième des cotisations des membres participants et le compte des malades hospitalisés.

Après ces trois comptes, nous voyons enfin un dernier chapitre intitulé : « Détermination des indemnités » où l'on calcule les indemnités qui auraient dû être versées en 1913, étant donné d'une part les cotisations encaissées depuis le début de la fondation de la Caisse de réassurance et les intérêts rapportés par les fonds placés, et d'autre part le nombre d'indemnités soldées pour l'une et l'autre catégorie de malades depuis cette même époque.

En 1913, alors que les indemnités allouées furent de 1 fr. 25 pour la première catégorie et de 0 fr. 35 pour la deuxième catégorie, elles auraient dû être de :

$$\frac{82.217 \text{ fr. } 26}{68.244} = 1 \text{ fr. } 204$$
$$\frac{27.405 \text{ fr. } 75}{93.305} = 0 \text{ fr. } 293$$

Nous avons dit, lorsque nous avons comparé le système de Toulon à celui de Reims, que les indemnités étant déterminées en partant des recettes, le budget ne pouvait jamais être au déficit. Cette affirmation n'est pas tout à fait exacte, ainsi que nous venons de la voir ; ceci est dû à ce que l'on fixe pour une période qui est généralement de trois ans la quotité des indemnités ; comme on se base pour cette détermination sur les chiffres des années qui viennent de s'écouler, il est possible, comme ce fut le cas en 1913, que les prévisions ne se réalisent pas complètement. On comble alors le vide en prélevant la somme nécessaire sur le compte de réserve, et l'on en est quitte pour modifier le taux des indemnités si l'on estime que cette situation défavorable est susceptible de se reproduire les années suivantes.

La supériorité de ce système sur celui de Reims consiste en ceci : à Reims, si la situation défavorable se maintient, il faut une modification des statuts, ce qui produit toujours un fâcheux retentissement, tandis qu'à Toulon, on peut prendre telle décision qu'il convient lors de l'Assemblée annuelle des sociétaires.

Importance financière et numérique de la réassurance.

(Voir le tableau à la page suivante.)

IMPORTANCE FINANCIÈRE ET NUMÉRIQUE DE LA RÉASSURANCE

Voici les chiffres pour l'année 1912.

Siège social	Nombre d'adhérents	Nombre de malades secourus	Montant des secours alloués	Capital de réserve	Montant des cotisations encaissées	Montant des subventions, dons et legs	Nombre d'invalides secourus
Nantes.	5.622	717	285.061 »	25.453 58	153.481 62	186.594 96	30
Angers.	7.512	1.000	428.643 10	11.874 82	279.896 95	155.310 02	166
Reims (Caisse du Syndicat).	1.677	359	110.617 15	47.898 77	65.750 »	96.813 57	»
Seine	1.748	371	105.099 50	4.501 67	119.728 95	9.439 25	»
Tours	1.015	125	26.451 75	7.785 29	30.856 15	3.385 89	»
Toulon	6.289	289	95.473 25	35.363 28	105.675 80	43.096 33	85
Marseille.	630	59	11.117 »	12.445 09	17.710 60	Néant	10
Paris	»	»	»	»	»	»	»
Bordeaux	536	51	7.116 »	2.052 23	7.099 55	2.476 50	»
Lyon	985	34	6.881 »	4.246 15	5.679 40	»	»
Saintes (Charente-Inférieure).	818	65	9.747 »	3.092 31	13.394 05	1.188 »	10
Toulouse.	1.321	62	17.306 45	3.323 18	17.322 75	3.844 »	»
Douai.	1.508	213	34.966 50	30.000 »	27.081 50	48.557 42	»
Levroux (Indre).	543	13	2.286 30	4.800 »	5.460 75	970 »	3
Nice	5.305	146	20.219 10	5.745 65	18.970 80	2.000 »	115
Angoulême.	2.258	96	6.352 40	2.560 51	6.083 86	1910 et 1911	»
Dijon	2.954	98	22.325 »	12.944 57	37.852 40	3.273 93	»
Orléans	2.936	95	10.867 »	10.019 31	7.250 30	2.000 »	6
Saint-Etienne	3.571	60	5.948 »	11.500 »	15.700 »	13.636 01	»
						2.250 »	5

Moulins.	1.901	179	24.600 »	230 »	23.780 »	1.440 »	»
Carcassonne	4.315	107	26.976 »	»	29.301 75	6.505 13	»
Paris (Sourds-Muets)	856	18	2.284 »	7.401 19	7.910 19	2.988 64	36
Montpellier.	2.321		Pas de réponses aux autres questions.				
Nancy.	2.053	181	27.847 »	209 40	19.235 80	8.820 60	»
Agen	2.375	160	15.452 80	2.818 85	19.040 »	2.500 »	»
Chalon-sur-Saône.	1.166	72	9.344 »	2.038 »	9.141 30	2.230 »	»
Reims (Union départementale)	360	13	2.827 50	2.501 08	4.235 95	1.197 41	»
Lons-le-Saulnier (Jura).	2.407	117	19.180 »	10.091 76	22.173 50	6.738 »	»
Charleville (Départementale)	1.574	50	4.699 15	5.828 28	8.002 90	3.000 »	»
Avignon.	2.064	70	9.615 30	586 10	8.459 30	1.741 85	5
Clermont-Ferrand.	578	16	3.375 »	2.907 »	3.260 »	3.020 »	2
Rennes	2.240	59	4.794 »	4.554 77	7.206 85	2.966 12	»
Drôme (Ardèche).	2.141	39	9.328 25	6.554 72	15.857 55	3.476 72	36
Périgueux	2.107	73	5.969 15	1.012 11	5.101 02	2.511 51	»
Toufflers (Nord) (2 Sociétés)	238	21	840 »	100 »	1.918 60	398 »	»
Albi.	3.296	79	20.307 »	4.359 75	22.023 »	3.000 »	»
Roche-sur-Yon.	1.139	35	3.043 »	5.574 66	7.183 95	500 »	»
Carnières.	2.782	40	2.500 »	428 »	7.000 »	800 »	12
Senlis.	2.080	p. an 44	par an 1.858 60	1.225 15	3.267 10	300 »	»
Pas-de-Calais (Mutualité scolaire).	30.108	29	1.197 »	677 »	1.850 »	108 25	»
Cherbourg.	3.486	46	4.268 »	2.707 78	4.384 70	458 03	»
Yonne.	1.473	1	138 »	2.483 52	2.604 85	»	»
Charleville (Employés).	448	3	388 25	8.098 82	1.788 »	7.375 32	»
Grenoble.	2.306	14	975 »	274 40	2.129 30	1.223 »	»
Roubaix.	1.228	5	150 »	1.628 »	778 »	1.000 »	»
	124.695	5.284	1.406.384 »	310.314 75	1.172.629 »	639.134 »	521

En 1914, on comptait 94 Caisses de réassurance avec 188.968 adhérents.

CHAPITRE QUATRIÈME

Ea réassurance peut se concevoir de deux façons.

Nous avons vu, au début de notre ouvrage, que les Sociétés de secours mutuels accordent à chacun de leurs membres participants des secours pendant une durée qui varie avec chaque Société et va depuis un mois jusqu'à six mois.

Nous avons ensuite constaté l'existence des Caisses de réassurance (1) qui recueillent le malade quand sa Société d'origine arrête ses secours, et lui versent une indemnité journalière pendant un laps de temps également variable allant pour certaines de ces institutions jusqu'à cinq ans (du moins en Belgique).

Pour profiter de ces avantages, le membre d'une Société de secours mutuels n'a qu'à verser à une Caisse de réassurance une cotisation de quelques centimes par mois.

Ces institutions de réassurance ont donc pour objet de garantir les individus contre les risques des maladies qui dépassent six mois, alors que les Sociétés de secours mutuels ne garantissent que le risque des maladies dont la durée est inférieure à six mois. Ceci est vrai, sans aucune restriction, toutes les Caisses de réassurance s'occupant exclusivement du risque de longue maladie, le risque de maladie de courte durée ressortant tout entier et toujours du domaine des Sociétés de secours mutuels.

La dénomination que l'on donne aux organismes qui sont l'objet de notre étude est donc inexacte. Puisque, en fait, elles assurent contre un risque nettement déterminé, et pour la

(1) Quand nous étudierons le rôle joué par les Caisses de réassurance en matière d'invalidité, nous verrons qu'à l'expiration de la période pendant laquelle elles distribuent une indemnité, certaines de ces Caisses constituent aux malades des pensions d'invalidité.

totalité de ce risque, ce sont des Caisses d'assurance et non de réassurance.

Il nous semble que cette erreur est imputable à M. Triouleyre qui, dans le rapport qu'il présenta au Congrès des Sociétés mutuelles de la région de l'Est, en 1880, fit le premier la confusion entre la réassurance et l'assurance.

M. Triouleyre, en effet, lorsqu'il préconisa la création d'un organisme destiné à servir des secours aux malades abandonnés par leurs Sociétés d'origine à l'expiration de la période prévue par les statuts, cita comme institutions remplissant le même rôle dans un autre domaine, les Compagnies de réassurance fondées par les Compagnies d'assurance.

Or, la situation n'est pas la même dans les deux cas.

Quand une Compagnie d'assurances garantit un particulier contre un risque d'une certaine importance et qu'elle ne veut pas supporter seule les conséquences de la réalisation de ce risque, elle s'adresse à une Compagnie de réassurance qui, moyennant le versement d'une certaine somme, prend une partie du risque à sa charge. Il y a là deux fois de suite assurance du même risque ou — si l'on veut nous permettre cette expression — assurance de second degré.

Prenons, maintenant, le cas d'une personne qui veut être garantie contre les risques de maladie, quelle que soit la durée des maladies qui peuvent l'atteindre, voici ce que cette personne fait : elle s'adresse à une Société de secours mutuels qui, moyennant le versement d'une cotisation d'une somme déterminée, s'engage, si elle tombe malade, à lui allouer certains secours, pourvu toutefois que sa maladie ne dure pas plus de quelques mois (cinq par exemple).

Cette même personne va ensuite, pour réaliser son projet, s'adresser à une Caisse de réassurance qui promettra de lui verser une indemnité pour toutes ses maladies excédant cinq mois jusqu'à trois ans par exemple, et cela moyennant le versement d'une cotisation de quelques centimes par mois. Le risque des maladies d'une durée de cinq mois à trois ans est

uniquement garanti par cette Caisse, nous nous trouvons donc en face de l'assurance d'un risque et non de sa réassurance.

Dans son petit opusculé paru en 1908 : *Mutualité et réassurance. Une conception nouvelle de la réassurance en mutualité*, M. Georges Malherbe, qui s'était fort bien rendu compte de la fausse dénomination de nos institutions de réassurance, proposait de leur substituer de véritables Caisses de réassurance, estimant que de cette substitution résulteraient certains avantages.

Voici quelles transformations préconisait M. Malherbe :

Les Sociétés de secours mutuels assureraient le risque de maladie pendant une période de temps allant non seulement jusqu'à six mois, mais pouvant s'étendre jusqu'à deux, trois et même cinq ans (M. Malherbe est Belge).

Les membres adhérents de ces Sociétés verseraient deux cotisations distinctes, la première correspondant au risque de maladie d'une durée de un à six mois, la deuxième correspondant au risque des maladies d'une durée supérieure à six mois, et au plus égale à cinq ans.

Les Sociétés de secours mutuels se réassureraient à des Caisses de réassurance pour les deux risques ainsi spécialisés, et cela de la façon suivante :

« 1^o Le risque des six premiers mois serait réassuré à raison d'un tiers seulement. La Caisse de réassurance percevrait donc un tiers des cotisations et interviendrait pour un tiers dans les dépenses d'indemnisation ;

« 2^o Le risque relatif aux maladies se prolongeant au delà du septième mois serait réassuré pour les deux tiers dans les mêmes conditions. »

Pour appliquer le système de M. Malherbe, il faudrait donc procéder à une complète réorganisation des Sociétés de secours mutuels et des Caisses de réassurance qui aboutirait à répartir le risque des six premiers mois de maladie et le risque des longues maladies à la fois sur les deux catégories de Sociétés,

alors qu'à l'heure actuelle le premier de ces risques est tout entier à la charge des Sociétés de secours mutuels, et le deuxième risque tout entier à la charge des Caisses de réassurance.

Avantages du système.

M. Malherbe, qui a cru s'apercevoir que les relations entre les Sociétés de secours mutuels et les Caisses de réassurance d'aujourd'hui laissaient à désirer — chacune de ces institutions vivant pour elle-même sans s'inquiéter de savoir si son intérêt même ne lui commanderait pas de contribuer à la prospérité de l'autre — a vu dans l'adoption de son système le remède à cette situation. Si on appliquait, en effet, les idées de M. Malherbe, les deux institutions seraient solidaires.

M. Malherbe disait aussi que, de cette manière, une Société de secours mutuels qui, devant une proportion particulièrement forte de maladies de courte durée, maladies dues par exemple à une épidémie, aurait été obligée de déposer son budget, pourrait continuer à fonctionner, un tiers des pertes étant supporté par la Caisse de réassurance.

Il est bien difficile de dire actuellement si les bienfaits du système de M. Malherbe seraient aussi grands que cet auteur le prétend.

Pour pouvoir en discuter sûrement, il faudrait le voir fonctionner sur une grande échelle ; or, ni en Belgique, ni en France, M. Malherbe n'a réussi à imposer la transformation qu'il avait projetée.

Il nous semble que M. Malherbe a exagéré l'indépendance dans laquelle vivaient, d'une part les Sociétés de secours mutuels, d'autre part les Caisses de réassurance.

Ces deux catégories d'institutions ont, en effet, beaucoup de raisons pour entretenir de bonnes relations. Ceci est facile à prouver :

Ce sera, par exemple, une Société de secours mutuels en voie de formation dont les fondateurs chercheront naturelle-

ment à réunir le plus grand nombre d'adhérents possible. Il est évident que, si l'on promet que les futurs membres recevront des secours non seulement pendant trois, quatre ou six mois comme dans n'importe quelle Société existante, mais pendant un, deux ou trois ans, les adhésions afflueront. Que devront faire les fondateurs de la Société pour se trouver en mesure de tenir ces promesses ? Ils n'auront qu'à s'entendre avec une Caisse de réassurance à laquelle ils reverseront les quelques centimes dont ils auront majoré chaque cotisation mensuelle, et en cas de longue maladie de l'un des sociétaires, les secours seront procurés à la Sociétés par la Caisse de réassurance.

Ce sera même une Société de secours mutuels en plein fonctionnement.

De temps en temps, la maladie d'un sociétaire excèdera la durée des secours prévus par les statuts ; les administrateurs placés en face de cette situation n'auront pas le choix des moyens : ou ils abandonneront le malade et la misère s'installera à son foyer, ce qui éclairera d'un jour fâcheux l'insuffisance de l'aide apportée par la Société ; ou ils continueront à secourir ce malade, ce qui compromettra fatalement l'équilibre du budget de la Société. Les longues maladies seront donc un grave sujet de préoccupation pour ces administrateurs, et l'on peut prévoir que, pour s'en débarrasser, ils feront tous leurs efforts pour que leurs sociétaires s'affilient à une Caisse de réassurance. D'où nécessité pour eux de s'informer de la situation pécuniaire de cette Caisse, de la façon dont elle est dirigée, de négocier avec elle pour que la réassurance ait lieu aux meilleures conditions, etc.

La meilleure preuve que les Sociétés de secours mutuels ne se désintéressent nullement du fonctionnement des Caisses de réassurance, c'est que le Conseil d'administration de ces Caisses est presque toujours composé en grande partie par les dirigeants des Sociétés de secours mutuels affiliées à ces Caisses.

Ce pourra être aussi une Caisse de réassurance qui, en vue de simplifier sa comptabilité et de grossir son effectif, cherchera à nouer des relations avec une Société de secours mutuels pour obtenir en une seule fois l'adhésion de tous ses membres.

Ce pourra être, enfin, une Caisse de réassurance qui s'entendra avec une Société de secours mutuels pour que celle-ci lui signale ceux de ses malades atteints d'affections susceptibles de se prolonger, mais guérissables au moyen d'un traitement approprié.

CHAPITRE CINQUIÈME

La longue maladie en Alsace et en Lorraine.

Lorsque survint l'annexion, l'assurance maladie était faite en Alsace et en Lorraine comme dans le reste de la France par les Sociétés de secours mutuels.

Ce régime subsista jusqu'en 1883, date de la loi sur l'assurance obligatoire des ouvriers contre la maladie, loi qui fut suivie par d'autres qui instituèrent l'obligation pour les ouvriers de s'assurer contre les accidents du travail dans les entreprises industrielles, agricoles, forestières, qui étendirent le bénéfice de l'assurance accidents aux ouvriers du bâtiment et des gens de mer et qui créèrent l'assurance contre l'invalidité.

En 1911, survint la loi impériale du 19 juillet 1911 (Reichs-versicherungordnung) qui abrogea toutes les précédentes.

C'est une codification de toutes les lois antérieures qui ne comprend pas moins de 1805 articles, et englobe la maladie, les accidents du travail, l'invalidité, la vieillesse, la mort, l'incapacité de travail, la grossesse, les survivants (veuve, veufs, orphelins).

Ces divers objets sont groupés dans trois parties correspondant chacune à une branche d'assurance :

L'assurance-maladie (Krankenversicherung), articles 165 à 536 ;

L'assurance-accidents (Unfallversicherung), articles 537 à 1225.

L'assurance des invalides et des survivants (Invaliden und bliebenenversicherung), articles 1226 à 1500.

Ces trois branches de l'assurance obligatoire sont organisées sur le même modèle ; elles ont chacune comme organisme d'application des Caisses mutuelles.

Pour l'assurance-maladie, ces Caisses s'appellent les « Caisses de malades » (Die Krankenkassen).

Chaque Caisse de malades possède la personnalité juridique. Les pouvoirs sont exercés par un Comité directeur (Vorstand) qui est son représentant judiciaire et extra-judiciaire.

Une Assemblée de délégués (Ausschuss), composée d'employeurs et d'assurés élus sur la base de la représentation proportionnelle contrôle ce Comité.

Toutes les Caisses de malades sont autonomes. L'autorité publique veille à ce qu'elles observent la loi et leurs statuts.

L'assurance-maladie en Alsace et en Lorraine au moment de l'armistice. — L'assurance-maladie avait pour organisme trois sortes de Caisses :

a) Les Caisses locales générales (Allgemeine Krankenkassen) ;

b) Les Caisses d'usines (Betriebskrankenkassen) ;

c) Les Caisses de corporations (Innungskrankenkassen).

L'assurance-maladie sous le régime français. — A la demande de M. le Commandant Poulet, administrateur des territoires, un arrêté du 2 juin 1916 rétablit l'obligation de l'assurance-maladie pour les ouvriers de l'industrie.

Un arrêté du 24 septembre 1916 étendit cette assurance aux ouvriers agricoles. Les Caisses de malades reprirent leur service régulier. Bien entendu, ces mesures ne s'appliquaient qu'aux territoires reconquis, c'est-à-dire aux territoires de Thann et de Dannemarie.

Après l'armistice, il y eut une réorganisation générale.

Les Caisses de malades poursuivirent leurs opérations. Un arrêté du 5 juin 1919 de M. le Commissaire général de la République abrogea certaines dispositions de la législation de guerre qui entravaient l'activité de ces Caisses.

De façon à tenir compte de la hausse des salaires, un arrêté du même jour éleva jusqu'à 5.000 francs (1) le taux de la rémunération entraînant l'obligation de l'assurance pour les

(1) Le taux antérieur était de 3.125 francs.

employés et les ouvriers des professions techniques, les autres ouvriers restant assujettis sans limitation de salaire. La faculté d'assurance a été portée à 6.500 francs.

On a promis de réorganiser par un prochain décret, conformément au désir formulé par les Caisses, l'assurance des travailleurs à domicile.

Autorités publiques exerçant la surveillance et la juridiction sur les Caisses de maladie. — Sous la domination allemande, cette surveillance et cette juridiction étaient exercées par les Offices d'assurances et les Offices supérieurs d'assurances qui relevaient pour l'autorité et la juridiction suprêmes de l'Office impérial des assurances de Berlin. Pour remplacer ces organismes, un arrêté du 15 mars 1919 décida la création « d'une autorité centrale de surveillance et de contentieux » organisée en dernier lieu par un arrêté du 9 avril 1919 de M. le Commissaire général de la République sous le nom d' « Office général des assurances sociales ». Le directeur actuel de cet Office général est M. L. Guyot.

La législation sur les assurances sociales et spécialement sur l'assurance-maladie qui régit actuellement l'Alsace et la Lorraine est, comme nous venons de le voir, composée par la loi impériale du 19 juillet 1911 amendée par l'arrêté de M. le Commissaire général du 25 juin 1919, relatif au maximum de la rémunération entraînant l'obligation de l'assurance pour certaines catégories d'assurés, et les arrêtés des 15 mars 1919 et 9 avril 1919, tous deux émanant de M. le Commissaire général qui ont créé l'Office général des assurances sociales.

D'après cette législation, il y a, d'une part, des assurés obligatoires, d'autre part des assurés facultatifs.

1^o Assurés obligatoires.

1^o Les ouvriers, aides, commis, apprentis, domestiques (femmes de ménage, femmes de peine, portiers, concierges, etc.), ouvriers forestiers et agricoles ;

2° Les employés d'exploitation, les contremaîtres et autres employés occupant une situation supérieure analogue, à condition que ces emplois constituent leur occupation habituelle ;

3° Les employés apprentis de commerce, les aides et apprentis pharmaciens ;

4° Le personnel des théâtres et orchestres, sans tenir compte de la valeur artistique de leurs productions ;

5° Les instituteurs et précepteurs ;

6° Les artisans à domicile ;

7° Les équipages des bâtiments servant à la navigation intérieure ;

8° Les personnes occupées dans les professions ambulantes.

Sont exempts, en principe, de l'assurance obligatoire d'après la loi, les personnes occupées dans les entreprises ou au service de l'Etat, des communes ou d'un organe de l'assurance, également les maîtres et percepteurs des écoles et institutions publiques si leur employeur leur assure des secours de maladie équivalents aux prestations normales de la Caisse des malades.

Sur la demande de l'employeur, certaines personnes peuvent être aussi dispensées de l'assurance obligatoire.

2° Assurés facultatifs.

Peuvent s'affilier volontairement à l'assurance tant que leurs revenus annuels ne dépassent pas la limite légale de 5.000 francs par an, les personnes suivantes :

1° Les employés de la catégorie assujettie à l'assurance obligatoire, mais bénéficiant d'un des cas d'exemption ;

2° Les membres de la famille de l'employeur qui sont occupés dans son exploitation, sans contrat de travail proprement dit et sans rémunération ;

3° Les personnes exerçant une industrie ou autres entrepreneurs d'une exploitation qui, normalement, n'occupent pas

d'assujettis à l'assurance dans leur entreprise ou qui n'en occupent que deux au plus.

Le règlement de la Caisse de malades peut faire dépendre l'affiliation d'une limite d'âge et de la présentation d'un certificat médical.

Cotisations et prestations en espèces. — La Caisse de malades détermine les cotisations et prestations en espèces de l'assurance maladie d'après un salaire de base.

Les statuts de la Caisse fixent comme tel « la rémunération moyenne journalière d'après les différents taux de salaires des assurés et progressivement jusqu'au maximum de la limite légale », ou « la rémunération effective de chaque assuré jusqu'au maximum légal par journée de travail ».

Suivant l'ordonnance du 22 novembre 1917, ce maximum était de base, 10 francs et 12 fr. 50 au plus ; il va être porté, par un prochain décret, à 12 francs au moins et 15 francs au plus.

L'Union des Caisses locales de malades d'Alsace et Lorraine recommanda la fixation du salaire de base d'après les dix classes de salaire ci-dessous :

Classes	Par semaine		Pour un salaire par mois (Calculé d'après le salaire annuel divisé par 12)		Par an		Salaire de base par an	
	de	jusqu'à			de	jusqu'à	jours	semaine
	Fr.	Fr.	Fr.	Fr.	Fr.	Fr.	Fr.	Fr.
1	» »	12 »	» »	52 »	» »	624 »	2 »	12 »
2	12 »	18 »	52 »	78 »	624 »	936 »	2 50	15 »
3	18 »	25 »	78 »	168 »	936 »	1.300 »	4 »	24 »
4	25 »	32 »	108 »	138 »	1.300 »	1.664 »	5 »	30 »
5	32 »	40 »	138 »	173 »	1.664 »	2.080 »	6 »	36 »
6	40 »	48 »	173 »	208 »	2.080 »	2.496 »	7 50	105 »
7	48 »	55 »	208 »	238 »	2.496 »	2.860 »	9 »	54 »
8	55 »	62 »	238 »	268 »	2.860 »	3.224 »	10 »	60 »
9	62 »	70 »	268 »	303 »	3.224 »	3.640 »	11 »	66 »
10	70 »	et plus	303 »	et plus	3.640 »	et plus	12 50	75 »

Ce tableau a été relevé dans les « Assurances sociales en Alsace et Lorraine », p. 47, publié par l'*Office général des statistiques d'Alsace et de Lorraine*.

Les assurés sont répartis dans les classes de salaire correspondant à leur rémunération par les différentes Caisses de malades.

Cotisations.

Les ressources qui alimentent l'assurance contre la maladie sont composées, pour les deux tiers par les cotisations des assurés, et pour un tiers par les cotisations de leurs employeurs.

C'est l'employeur qui retient la cotisation de l'assuré au moment de la paie.

D'après les textes actuellement en vigueur, les cotisations ne peuvent être portées à plus de 4 fr. 50 % du salaire de base que pour couvrir les prestations normales et exceptionnellement à 6 % par décision unanime des employeurs et assurés en délégation.

Les assurés ont le droit de ne pas verser leurs cotisations pendant les périodes de maladie.

Prestations.

Elles sont de deux sortes :

1^o Les prestations minima obligatoires ;

2^o Celles qui peuvent être accordées par les statuts.

Les unes et les autres se divisent en quatre catégories :

1^o Les secours de maladie ;

2^o Les secours aux femmes en couches ;

3^o L'indemnité funéraire ;

4^o L'assistance à la famille.

Pour rester dans le cadre de notre sujet, nous ne nous occuperons que des secours de maladie.

1^o *Les secours de maladie en tant que prestations normales :*

a) L'assistance médicale à partir du commencement de la maladie, comprenant le traitement médical et la fourniture de médicaments, lunettes, bandages herniaires et autres petits appareils ;

b) Une indemnité de maladie pour chaque jour ouvrable se montant à la moitié du salaire de base, si la maladie entraîne l'incapacité de travail de l'assuré : cette indemnité est payée à partir du quatrième jour de maladie ou, si l'incapacité de travail ne se produit qu'ultérieurement, à partir du jour où elle s'est produite et pour une durée totale maxima de vingt-six semaines à partir du début de la maladie ou, si l'indemnité n'est payée qu'à partir d'une date ultérieure, à compter de ce jour. Si dans la durée de l'allocation de l'indemnité de maladie, il y a une période pendant laquelle il n'est accordé que des soins médicaux, cette période ne sera pas comptée dans le calcul de la durée de l'allocation de l'indemnité, à condition qu'elle n'excède pas treize semaines.

A la place de l'assistance médicale et de l'indemnité de maladie, la Caisse peut fournir le traitement et l'entretien dans un hôpital. Dans ce cas, il est payé, outre les frais du traitement, une allocation de famille, s'élevant à la moitié de l'indemnité de maladie destinée à soutenir les membres de la famille que l'assuré entretenait du produit de son travail.

2° Les secours de maladie en tant que prestations facultatives :

a) La durée des secours de maladie peut être étendue à une année ;

b) Il peut être accordé des subventions pour appareils, pour éviter des déformations et l'estropiement à la suite de traitement, et pour rendre ou maintenir la capacité de travail ;

c) Il peut être accordé des soins pour convalescents, notamment par l'envoi dans une maison de convalescence pour une durée allant jusqu'à un an après la fin des secours de maladie ;

d) Les indemnités de maladie peuvent être portées à trois quarts du salaire de base et être accordées pour les dimanches et jours fériés ; elles peuvent, en outre, être accordées à partir du premier jour de l'incapacité de travail ;

e) L'allocation de famille, en cas de traitement à l'hôpital,

peut être portée jusqu'au montant de l'indemnité légale de maladie ; les assurés pour lesquels il n'y a pas à payer l'allocation de famille peuvent toucher l'indemnité de maladie jusqu'à la moitié du montant légal pendant leur séjour à l'hôpital.

f) Pour les secours de maladie, il peut encore être alloué d'autres moyens thérapeutiques plus importants, notamment un bon pour entretien alimentaire du malade.

Remarquons tout de suite, et ceci est d'une importance capitale, que les Caisses de malades prolongent d'une manière générale dans leurs statuts les secours de maladies aux assurés pendant un an (1).

Si bien que, dans le régime alsacien et lorrain, l'assurance de la maladie de courte durée et l'assurance de la maladie de longue durée sont faites par les mêmes institutions, ce qui est tout à fait différent de ce que nous avons constaté dans la Mutualité française où, comme on le sait, les Sociétés de secours mutuels assurent contre la maladie de courte durée et les Caisses de réassurance contre la longue maladie.

Comme exemple, nous nous contenterons de citer la Caisse de malades de Strasbourg, qui est la plus importante d'Alsace et Lorraine.

Cette Caisse accorde actuellement comme secours de maladie :

1^o Le traitement médical, fourniture de médicaments et moyens thérapeutiques gratuits (pour ces derniers, néanmoins, jusqu'à un maximum de 50 francs ; le lait et autres fortifiants sur certificat médical peuvent être également accordés) ;

2^o L'indemnité de maladie pour chaque jour ouvrable, si la maladie entraîne une incapacité de travail à partir du troisième jour, à savoir :

a) *Prestations normales.* — Indemnité de maladie, égale à la moitié du salaire de base et pour la durée de vingt-six semaines pour les membres tombant malades dans les vingt-six premières

(1) Soins médicaux et indemnités.

semaines de leur affiliation, ainsi que pour les assurés qui, étant sortis de la Caisse et étant tombés malades pendant la période de chômage ont droit aux prestations ;

b) *Prestations supplémentaires.* — Indemnité de maladie égale à 55 % du salaire de base pour une durée de vingt-six semaines, ainsi que de 27 1/2 % pour une durée supplémentaire de vingt-six semaines pour les assurés ayant fait partie de la Caisse l'année précédente au moins pendant vingt-six semaines ou d'une autre Caisse accordant également des prestations supplémentaires.

Pour les assurés occupés d'une manière non continue, pour les artisans à domicile et les personnes occupées par eux, le taux de l'indemnité de maladie est calculé non d'après le salaire de base, mais d'après le salaire local.

L'indemnité de maladie peut être accordée les dimanches et jours fériés par les Caisses de malades. On se rappelle que beaucoup de Caisses de réassurance n'allouent pas cette indemnité le dimanche.

Institutions de l'assurance-maladie et affiliation à celles-ci.

Les organes de l'assurance-maladie sont :

Les Caisses locales de malades ;

Les Caisses d'usines ;

Les Caisses de corporations.

Les lois qui régissent l'assurance-maladie autorisaient l'admission de Caisses libres comme Caisses agréées, si bien qu'en Allemagne les associations d'assurance mutuelle ayant obtenu avant le 1^{er} avril 1909 le certificat d'admission en qualité de Caisses libres enregistrées fonctionnaient comme Caisses agréées.

Il n'en existait pas en Alsace et Lorraine ; mais des employés de ces deux provinces étaient affiliés à des Caisses agréées allemandes, ce qui fait qu'ils étaient dispensés de l'assurance. Pour respecter les droits de ces personnes, un prochain décret

les autorisera à reconstituer entre eux des Caisses libres agréées.

Dans un avenir peu éloigné, l'Alsace et la Lorraine posséderont donc quatre sortes de Caisses chargées de l'assurance-maladie.

Les Caisses locales de malades furent introduites en même temps que la loi d'assurance contre la maladie du 1^{er} décembre 1884. Au moment de la loi d'assurance d'Empire, il en existait 59. Par application de cette loi, on laissa subsister seulement une Caisse par arrondissement qui prit le nom de Caisse locale générale. Il y a 27 de ces Caisses (une par arrondissement). Dans chaque arrondissement, on institua un Office d'assurance.

Les Caisses d'usines sont au nombre de 264 et les Caisses de corporations au nombre de 12.

Union des Caisses.

L'Union des Caisses locales de malades en Alsace et Lorraine est antérieure à la réorganisation de l'assurance-maladie par la loi d'assurance d'Empire, sa fondation remonte à 1905.

D'après ses statuts, elle est destinée à maintenir les droits généraux de l'assistance en cas de maladie, et sauvegarder les intérêts communs des Caisses.

Elle centralise toutes les suggestions que les Caisses lui font parvenir dans le but d'améliorer le régime de l'assurance-maladie, elle organise des Assemblées annuelles, des Congrès réguliers, publie chaque année le compte rendu de ses travaux et de la situation des Caisses de l'Union.

En 1905, elle comprenait 16 Caisses avec un effectif de 80.394 assurés.

En 1914, toutes les Caisses donnèrent leur adhésion et, en 1918, l'effectif des membres de l'Union était de 175.669.

A partir de 1914, l'Union publia des statistiques des maladies jusqu'à 1918 inclusivement.

De 1914 à 1918 :

Cas de maladies (avec incapacité de travail) : 388.796.

Jours d'indemnité de maladie : 8.880.654.

Cas de décès d'assurés : 8.794.

Total des recettes (cotisations, produits de placements et autres recettes) : 45.683.473 fr. 05.

Total des dépenses (frais de soins, secours en espèces, frais d'administration et divers) : 44.212.831 fr. 95.

Fortune totale des Caisses à la fin de l'exercice 1918 : 7.611.794 francs.

Dont, au fonds de réserve : 5.690.157 fr. 70.

Comparaison entre l'assurance de la longue maladie par les Caisses de réassurance et l'assurance de la longue maladie en Alsace et Lorraine.

La première difficulté que nous rencontrons pour comparer les deux organisations provient de ce qu'en France nous trouvons une entière liberté de s'assurer contre ce risque et en Alsace et Lorraine l'obligation absolue, du moins pour une grande partie de la population.

Grâce à cette obligation, les moyens dont disposent les institutions alsacienne et lorraine sont très supérieurs à ceux dont peuvent se servir les Caisses de réassurance.

C'est ainsi que :

1^o Les assurés étant considérablement plus nombreux, on a pu, en Alsace et Lorraine, calculer avec une approximation beaucoup plus grande qu'en France, la fréquence probable des cas de maladie de courte durée et des cas de maladie de longue durée et, par suite, consacrer une plus forte proportion des cotisations au paiement des secours puisque les aléas sont plus réduits ;

2^o Il a été possible de proportionner les cotisations à l'importance des ressources de chaque assuré, alors qu'en France les Caisses de réassurance en sont réduites à demander le même

sacrifice à tous les affiliés, quelle que soit leur situation de fortune, ce qui est un obstacle mis aux adhésions ;

3^o La loi allemande ayant imposé aux patrons de verser le tiers des cotisations alors qu'en France les Caisses de réassurance ne peuvent compter que sur les ressources des membres participants (qui disposent de moyens pécuniaires très réduits) sur la générosité des membres honoraires dont le rendement est très aléatoire et sur les subventions parcimonieusement accordées par l'Etat, les Caisses allemandes ont à leur disposition des ressources beaucoup plus abondantes et plus sûres que les Caisses de réassurance française.

Ce qui constitue un autre obstacle à la comparaison que nous voulons établir, c'est que si en France l'assurance du risque de maladie de courte durée et du risque de maladie de longue durée est faite par deux organismes différents, par contre, en Alsace et en Lorraine, cette assurance est faite par le même organisme, par la Caisse de malades.

Une dernière difficulté, c'est que la durée totale de l'assurance maladie par la Caisse de malades n'excède jamais cinquante-deux semaines, alors que les institutions de réassurance viennent en aide aux individus atteints de longue maladie pendant un, deux et même trois ans.

La seule différence que l'on puisse constater dans l'assurance de ces deux risques de maladie en Alsace et Lorraine, c'est que les secours alloués en cas de longue maladie sont moins importants que ceux alloués en cas de courte maladie (1).

Les statuts de la Caisse de Strasbourg, par exemple, prévoient que les prestations pourront être portées à 55 % du salaire de base pendant les vingt-six premières semaines de maladie, et qu'elles ne pourront atteindre que 27,5 % du salaire de base pendant les vingt-six semaines suivantes.

Au bout de vingt-six semaines, l'assuré pourra donc toucher

(1) Nous ne revenons pas sur ce que nous avons déjà dit au sujet des prestations facultatives. N'oublions pas que toutes les Caisses de malades prolongent l'assistance médicale et les indemnités de maladie pendant un an.

pendant une nouvelle période de vingt-six semaines, s'il appartient :

A la 1 ^{re} classe. . . .	3 30	par semaine	
— 2 ^e —	4 12		—
— 3 ^e —	5 60		—
— 4 ^e —	8 25		—
— 5 ^e —	9 90		—
— 6 ^e —	12 37		—
— 7 ^e —	14 85		—
— 8 ^e —	16 50		—
— 9 ^e —	18 75		—
— 10 ^e —	20 62		—

A Toulon, au bout de l'expiration de la période de secours de sa Société, le malade touche, et cela pendant trois ans :

1 fr. 20 par jour, soit 8 fr. 40 par semaine.

A Angers, au bout de l'expiration de cette même période, le malade touche :

Pendant les six premiers mois : 1 fr. 50, soit 9 francs par semaine ;

De six à vingt et un mois : 1 franc, soit 6 francs par semaine.

(*Les dimanches ne sont pas compris.*)

Si la durée des secours alloués par les Caisses de malades est inférieure à la durée pendant laquelle les malades atteints de longue maladie profitent des secours des Caisses de réassurance, par contre le montant de ces secours est bien supérieur à ces secours. L'on peut donc dire que l'assurance de longue maladie est plus avantageuse pour les assurés en Alsace et Lorraine qu'en France pour les affiliés à la Caisse de réassurance.

Mais cette supériorité tient, nous l'avons vu, à ce qu'en Alsace et Lorraine l'obligation est instituée. Nous sommes persuadés que lorsqu'elle sera établie en France, si on laisse fonctionner sans entraves les institutions mutualistes après

avoir fait les modifications que nous allons indiquer dans l'organisation des Sociétés de secours mutuels, nous nous occuperons des Caisses de réassurance et d'invalidité, les résultats qu'elles atteindront seront supérieurs à ceux atteints en Alsace et en Lorraine, ceci pour la raison que jamais aucun organisme privé ou d'Etat ne pourra rivaliser avec les organismes mutualistes dans lesquels règne un esprit de désintéressement et de dévouement inégalable et dont la gestion est tout à fait irréprochable.

Lorsque, dans notre introduction, nous nous sommes occupés de la durée des secours distribués par les Sociétés de secours mutuels, nous avons vu que cette durée variait suivant les Sociétés, entre trois et six mois.

Quand une Caisse de réassurance se trouve en présence de Sociétés qui allouent des secours pendant des périodes de temps différentes, elle subit, du fait de ces Sociétés, des charges éventuelles inégales, d'autant plus lourdes que ces périodes sont plus courtes.

Il est vrai que, pour obvier à cet inconvénient, il vient de suite à l'esprit, et c'est ce qu'ont fait certaines Caisses, de créer des échelles d'allocations différentes. Seulement, en agissant de la sorte, la comptabilité de ces Caisses devient très compliquée.

D'autres Caisses déclarent, par un article inséré dans leurs statuts, qu'elles ne prennent en charge que les malades qui sont secourus dans leur Société d'origine pendant une période déterminée, soit par exemple cinq mois.

De cette manière, ces Caisses sont certaines de supporter des charges toujours égales, mais enrayent elles-mêmes leur développement.

En effet, les Sociétés de secours mutuels qui auraient pu devenir leurs clientes s'abstiendront probablement de donner leur adhésion, plutôt que de modifier leurs statuts, si ceux-ci prévoient une durée de secours pour les membres participants, inférieure à cinq mois. Elles peuvent avoir des raisons décisives

de ne pas les modifier dans ce sens ; ce seront, par exemple, des raisons budgétaires (1).

En résumé, nous constatons que cette absence d'uniformité dans les périodes de secours des Sociétés de secours mutuels crée un obstacle insurmontable au développement des Caisses de réassurance. Aussi, si l'on veut que ces institutions jouent un rôle de jour en jour plus grand, il convient de fixer une durée uniforme de traitement dans les Sociétés en question.

M. Olivier, dans le rapport qu'il présenta au Congrès de Nice, en 1907, proposa que l'on fixe cette période de traitement dans la Société, à six mois.

Nous considérons que ce chiffre est tout à fait digne d'être pris en considération, car il tient compte d'une manière équitable et des intérêts de la Société de secours mutuels, de laquelle on ne peut pas exiger un traitement hors de proportion avec les ressources dont elle dispose, et des intérêts de la Caisse qui sont suffisamment sauvegardés, puisqu'on ne lui demande de distribuer des secours qu'aux seuls malades dont la maladie excède six mois consécutifs.

(1) Parmi ces Caisses qui fixent dans leurs statuts une période de temps minima au bout de laquelle elles acceptent leurs affiliés, certaines ont pris des dispositions pour permettre d'entrer chez elles aux malades appartenant à des Sociétés de secours mutuels dont la période de secours est inférieure à celle choisie.

A Toulon, par exemple, où l'on ne prend que les membres en traitement depuis quatre mois consécutifs dans leurs Sociétés d'origine, il a été décidé lors de l'Assemblée générale du 26 avril 1914 que : « Les membres de la réassurance abandonnés par leurs Sociétés d'origine après trois mois consécutifs de traitement conserveront leurs droits à l'obtention des avantages sociaux, à la condition de faire connaître au Président de la Caisse de réassurance leur situation particulière, dix jours avant l'expiration de leur troisième mois de maladie » et que : « la Caisse de réassurance les fera surveiller par ses visiteurs pendant la période qui s'écoulera entre l'époque où la Société d'origine les aura abandonnés jusqu'à celle où ils atteindront le temps de maladie obligatoire conférant le droit aux secours. » Il saute aux yeux que cette mesure est imparfaite puisqu'elle laisse les malades sans ressources pendant un mois.

DEUXIÈME PARTIE

Les Caisses de réassurance et l'invalidité

CHAPITRE PREMIER

L'assurance-invalidité par les caisses mutualistes de réassurance de longue maladie. — Les divers sens du terme « invalidité ». — Celui qu'il convient d'adopter — Modifications à apporter dans les caisses de réassurance pour qu'elles secourent tous les invalides.

Certaines Caisses de réassurance, outre les indemnités de longue maladie qu'elles servent aux malades soignés pendant un certain nombre de mois consécutifs dans leur Société d'origine, constituent des pensions à ces personnes lorsqu'elles leur reconnaissent la qualité d'invalides.

Ces Caisses de réassurance, contrairement à celles qui allouent uniquement des indemnités de longue maladie, n'admettent dans leur sein que les individus qui, lorsqu'ils sont abandonnés par leur Société d'origine, sont dans l'impossibilité de se livrer à un travail rémunérateur, c'est-à-dire sont frappés d'incapacité totale de travail.

Les Caisses organisées suivant le système de celle de Reims (Angers, par exemple), font partir la pension d'invalidité de l'expiration de la période prévue par leurs statuts pour la distribution des indemnités de longue maladie.

Les Caisses, qui ont adopté le système de Toulon, procèdent différemment.

A Toulon, on divise les malades dès leur entrée en deux

catégories : la première catégorie comprend les malades présumés guérissables, la deuxième est celle des « infirmes ou incurables », dans laquelle on place ceux dont l'incapacité totale est jugée permanente.

Les malades de la première catégorie peuvent passer dans la deuxième catégorie pendant qu'ils reçoivent les secours de longue maladie, sur la décision de la Commission de visite. Après trois ans de traitement consécutif, ils passent de droit dans la deuxième catégorie (art. 56 et 58 des statuts) (1).

Parmi ces Caisses qui secourent les invalides, les unes, comme la Caisse de Levroux (Indre), exigent une cotisation spéciale pour assurer ce service ; les autres, comme la Caisse de Toulon, ne demandent que la cotisation ordinaire.

Aucune de ces pensions n'atteint 200 francs par an, et les plus petites sont de 60 francs.

(1) Art. 56. « Les malades transmis à la Caisse de réassurance seront soumis « à l'examen d'un médecin choisi par une Commission de visite, nommée en « Assemblée générale et composée de deux délégués et d'un membre du Conseil « d'administration. La durée des pouvoirs de cette Commission est fixée par « l'Assemblée générale.

« Les malades recevront pendant trois ans l'indemnité de la première catégorie, s'ils ne sont pas déclarés incurables par leur médecin traitant au moment « de leur admission aux secours de la réassurance. Après cette période, ils « seront de nouveau visités en présence de la Commission de visite, par le « médecin de la réassurance. La présence du médecin traitant est facultative. « S'il assiste à la visite dont il sera prévenu par les soins du malade ou de sa « famille, il émettra son avis par écrit sur la même formule qui contiendra l'avis « donné par le médecin de la réassurance. La Commission de visite, après s'être « inspirée de l'avis de chacun des médecins, déclarera si le malade doit être « conservé dans la première catégorie ou si son état de santé exige de le classer « dans la deuxième catégorie (infirmes ou incurables).

« Dans le cas où la visite médicale n'aurait pas été contradictoire, la Commission restera seule juge de déclarer si le malade doit être classé dans l'une « ou dans l'autre des catégories.

« Les malades qui auront été maintenus dans la première catégorie seront « soumis chaque année et jusqu'à la limite présente par l'article 58 (3 ans) des « statuts, à une contre-visite passée dans les mêmes formes et dans les mêmes « conditions qu'indique le paragraphe précédent.

« En cas de désaccord dans l'avis des médecins, ces derniers pourront s'adjoindre un troisième praticien, lequel devra être agréé par les parties intéressées. Les honoraires de l'arbitre seront à la charge commune des deux « parties ; ils seront garantis par la Caisse de réassurance. »

Art. 58 : « Après trois ans de traitement consécutif dans la première catégorie, les malades passeront de droit dans la deuxième catégorie (infirmes ou incurables). »

Voici la liste des Caisses de réassurance chez lesquelles fonctionnait, en 1912, un service d'assurance-invalidité.

Nombre d'invalides secourus		Après	Taux de la pension par jour
30	Nantes. . . .	Après 2 ans de secours, sans cotisation spéciale.	0 fr. 50 pen- dant 3 ans. et 60 fr. p.a.
166	Angers. . . .	Après 21 mois jusqu'à guérison sans cotisation.	120 fr. par an.
85	Toulon. . . .	Après 3 ans de secours ou déclar. par commis.	0 fr. 35 p. jour
10	Marseille. . .	Après un an de secours.	0 fr. 15 p. jour
10	Saintes (Cha- rente-Infér.).	Invalidité après 2 ans.	60 fr. par an.
3	Levroux (Ind.)	Invalidité au bout d'un an, avec cotisation spéciale.	0 fr. 35 p. jour
115	Nice.	Après 3 ans et 60 ans d'âge.	60 fr. par an.
6	Dijon.	Après 2 ans, sans cotisation spéciale depuis 1910.	5 fr. p. mois.
5	Saint-Etienne	Invalide quand malade incu- rable.	5 fr. p. mois.
36	Paris (Sourds- Muets). . . .	Invalide après 1 an sans coti- sation.	0 fr. 25 p.jour.
5	Avignon. . . .	Invalidité après 21 mois sans cotisation spéciale.	0 fr. 30 p.jour.
2	Clermont-Fer- rand.	Invalidité après 29 mois de secours.	0 fr. 30 p.jour.
36	Drôme (Ardè- che).	Invalidité après 18 mois.	5 fr. p. mois.
12	Carnières. . .	Aucun détail.	Aucun détail.

Le nombre d'invalides ainsi secourus n'est évidemment pas très important. La Caisse d'Angers, qui est celle qui a servi le plus de pensions d'invalidité, a eu 166 invalides à sa charge depuis sa fondation (1883).

Le nombre total des invalides secourus par les treize Caisses citées est de 509.

Maintenant que nous savons comment ce service fonctionne dans les organismes qui l'ont institué et quels résultats ont été atteints, nous allons passer en revue les solutions proposées par les mutualistes pour l'extension de ce service.

Dans le rapport présenté au nom de la deuxième Commission (maladie, invalidité) par M. Edouard Fuster au Congrès de Nice en 1907, les idées suivantes étaient exprimées.

La distinction entre la longue maladie et l'invalidité étant très délicate, il serait désirable que le même organisme s'occupe de l'un et de l'autre.

La fréquence et la gravité des invalidités n'étant pas la même selon qu'il s'agit d'une ville ouvrière ou d'une région agricole, les organismes chargés de l'assurance invalidité devraient être régionaux.

La création d'une Caisse centrale de réassurance (qui serait une vraie Caisse de réassurance) ne s'imposerait pas immédiatement, le nécessaire serait de faire entrer dans les mœurs la pratique de l'assurance contre les maladies prolongées et l'invalidité.

« Pour tenir compte des facultés contributives actuelles des mutualistes et ménager la transition entre les pratiques actuelles des Caisses de réassurance et les extensions conseillées, les indemnités pourraient être de deux sortes : une première indemnité de maladie prolongée, pouvant être servie pendant trois ans au maximum à dater de la prise en charge de la Caisse, puis une seconde indemnité, égale à la moitié de la première et payée à partir de la fin de la troisième année ou déjà à partir du moment où le malade est reconnu incurable. »

Lorsqu'il y aurait des chances pour que le bénéficiaire de la pension recouvre la santé, la Caisse devrait s'efforcer de les lui procurer, ce serait par exemple, un logement, des travaux faciles, etc..., tout cela venant en déduction de la pension. Il serait souhaitable qu'un type unique d'indemnité soit admis par la suite.

Deux sortes de cotisations correspondraient au début aux deux catégories d'indemnités, et si l'indemnité devenait unique, les deux cotisations devraient également se réduire à une seule.

Lors de la réunion du premier Congrès des Caisses de réassurance, en 1912, les organisateurs de ce Congrès adres-

sèrent un questionnaire aux Caisses de réassurance qui avaient donné leur adhésion, pour leur demander de faire connaître comment elles souhaiteraient que l'assurance-invalidité que l'on projetait déjà à cette époque d'établir en France, fût organisée et comment elles voudraient collaborer à ce service.

De même que nous avons cité les réponses de ces mêmes Caisses relativement à la question des subventions, nous croyons nécessaire de faire un résumé des opinions émises à propos de l'assurance-invalidité. Nous ferons connaître ensuite les vœux émis au Congrès et notre propre opinion.

1^o *Caisse de Nice.*

A Nice, on estimait que l'assurance-invalidité devait être organisée uniquement par les Caisses de réassurance. Le délai minimum du secours de la réassurance-maladie étant de trois ans, après cette date, le malade déclaré invalide aurait été secouru comme tel par la Caisse sans limitation de durée, c'est-à-dire jusqu'à la guérison ou la mort.

L'Etat devrait aider pécuniairement ces organismes, car la prise en charge des invalides représenterait pour eux un fardeau très lourd.

La Caisse de Nice souhaitait que, par une future loi :

1^o On supprimât l'assistance obligatoire ; cette assistance devant être faite par les Caisses de réassurance ;

2^o « On créât une Caisse centrale de réassurance qui, au point de vue administratif, centraliserait les efforts, coordonnerait les idées, donnerait aux statuts une homogénéité parfois désirable, répartirait les subventions, constituerait un centre de propagande. Son rôle financier serait de constituer une Caisse de secours à long terme. Les pensions d'invalidité, majorées par l'Etat, bénéficieraient à un si grand nombre de vieillards, qu'elles se confondraient presque avec une assurance générale contre l'invalidité et la vieillesse (1) » ;

(1) Réponse de la Caisse de Nice au questionnaire du Congrès de Toulon.

3^o On accordât des primes proportionnellement au nombre des membres aux Caisses de réassurance pratiquant l'invalidité, et qu'on les encourageât à créer des sanatoria ou des maisons d'hospitalisation.

« Ainsi encouragées, les Caisses de réassurance deviendraient les auxiliaires de l'Etat dans la loi d'assurance-invalidité ; éviteraient les abus en dénonçant les faux invalides ; seraient à l'abri de toute pression due à la politique ; éviteraient un gaspillage bureaucratique ; établiraient une surveillance efficace et peu onéreuse par leur armée de visiteurs (1) des deux sexes ; deviendraient, enfin, selon le vœu exprimé par M. Fuster, des Caisses de réassurance, d'hygiène et d'invalidité (2). »

2^o *Caisse de Charleville* (Caisse de l'Union).

A Charleville, on estimait que l'assurance-invalidité devrait être obligatoire avec trois cotisations : de l'Etat, des patrons, des ouvriers. La première, beaucoup plus importante que les deux autres. Les organes d'exécution de la nouvelle loi seraient les Sociétés de secours mutuels (elles amèneraient leurs membres et recueilleraient les cotisations) et les Caisses de réassurance qui gèreraient et constitueraient les pensions d'invalidité.

3^o *Caisse de Charleville-Mézières* (Caisse de l'Association des employés).

Cette Caisse reconnaissait la nécessité de faire une loi spéciale créant l'obligation pour garantir les travailleurs contre l'invalidité prématurée, et désirait que les mutualistes affiliés à une Caisse de réassurance pratiquant l'invalidité fussent « dispensées du paiement de la contribution obligatoire à imposer pour assurer le service de l'invalidité ».

(1) Les visiteurs sont des secrétaires chargés d'aller chez les malades, de voir s'ils ne manquent de rien, de les réconforter par de bonnes paroles, et aussi d'exercer sur eux une discrète surveillance. Ces fonctions sont confiées aux membres ayant quelques loisirs et qui en paraissent particulièrement dignes.

(2) Texte de la réponse de la Caisse de Nice au questionnaire adressé par Toulon.

4^o *Bouches-du-Rhône. — Caisse de réassurance de Marseille.*

« Il conviendrait que ce soit par l'intermédiaire des Caisses de réassurance que l'on fasse fonctionner le service de l'invalidité. »

5^o *Grande Caisse de réassurance de Bordeaux.*

Elle donnait le plan que devait avoir la future loi :

1^o Assurance obligatoire pour les salariés et apprentis des deux sexes, du commerce, de l'industrie, de l'agriculture, sans limitations de salaires ;

2^o Assurance facultative pour toutes les personnes énumérées à l'article 36, titre V, de la loi du 5 avril 1910 (1) ;

3^o Trois catégories d'assurés suivant leurs salaire ;

4^o Trois catégories de cotisations : Etat, patrons, ouvriers.

La pension d'invalidité allouée à tout assuré sans condition d'âge, reconnu frappé d'une incapacité de travail en dehors de la loi du 9 avril 1898. A titre temporaire, auront droit à une indemnité, les assurés qui, sans être devenus définitivement invalides, se trouvent dans l'impossibilité de travailler depuis plus de trois mois.

L'assurance serait garantie par les Caisses prévues aux articles 14 et 17 de la loi du 5 avril 1910. Les Caisses de réassurance devraient être réunies en une fédération.

Les Caisses d'Etat ne fonctionneraient que pour les inscriptions d'office de réfractaires, lesquels, par la suite, pourraient se faire inscrire à la Caisse de leur convenance.

6^o *Ille-et-Vilaine. — Caisse de Rennes.*

A Rennes, on pensait que le service de l'assurance-invalidité devrait être organisé par les Caisses de réassurance dont les ressources seraient fournies par les cotisations des membres de ces Caisses, auxquelles viendraient s'ajouter des subventions spéciales de l'Etat, des départements, des communes.

(1) « Les fermiers, métayers, cultivateurs, artisans et petits patrons qui, habituellement, travaillent seuls ou avec un seul ouvrier et avec des membres de leur famille, salariés ou non, habitant avec eux.... » (Art. 36. Loi 5 avril 1910, dernière rédaction.)

7^o *Indre. — Caisse de réassurance de Levroux.*

D'après cette Caisse, si l'Etat subventionnait les Caisses de réassurance pratiquant déjà l'invalidité, favorisait la création de nouvelles, le service d'assurance-invalidité pourrait être assuré par ces institutions.

8^o *Maine-et-Loire. — Caisse de réassurance d'Angers.*

L'assurance-invalidité pourrait être faite par les Caisses de réassurance, à condition qu'elles soient largement subventionnées.

9^o *Marne. — Caisse de réassurance de Reims (Caisse du Syndicat).*

Dans la future loi, l'assurance-invalidité ne pourrait se faire que par l'intermédiaire des Caisses de réassurance.

La réassurance devrait être obligatoire et une subvention annuelle de cotisation de 3 francs au minimum par membre devrait être versée par l'Etat aux Caisses de réassurance qui détermineraient alors l'indemnité journalière à accorder jusqu'au décès de l'invalidé (1 franc probablement).

10^o *Caisse de réassurance du département de la Seine.*

Il faudrait créer des Caisses spéciales d'invalidité ; les Caisses de réassurance, étant débarrassées des secours aux invalides, pourraient donner des indemnités beaucoup plus fortes.

11^o *Tarn. — Caisse de réassurance d'Albi.*

Elle désirait que, si la loi admettait d'autres organismes que les Caisses de réassurance pour le service de l'assurance-invalidité, les Caisses de réassurance fussent privilégiées et que les assujettis à cette loi eussent la faculté de s'adresser à l'organisme d'assurance-invalidité de leur choix. Elle souhaitait en outre que pour l'invalidité temporaire, il y eût cumul de l'assurance-invalidité avec le secours de maladie.

12^o *Var. — Caisse de Toulon.*

Les mutualistes dans la loi future devraient être exemptés des contributions qui seront réclamées pour assurer les grands services de la maladie et de l'invalidité.

La Mutualité n'est capable d'assurer que le risque d'invalidité total, permanent ou temporaire.

En ce qui concerne la participation et le concours des Caisses de réassurance au service de l'assurance-invalidité que l'on projetait d'instituer à cette époque, les vœux suivants furent émis au Congrès des Caisses de réassurance réuni à Toulon en 1912 :

« 1^o Propagande en vue de la généralisation des Sociétés de secours mutuels pour la maladie de courte durée, quatre ou six mois ;

« 2^o Généralisation des Caisses de réassurance ayant pour objet d'accorder des indemnités aux mutualistes malades qui ont déjà reçu des secours de leur Société d'origine pendant quatre ou six mois ;

« 3^o Organisation dans toutes les Caisses de réassurance d'un service spécial en vue de garantir à leurs adhérents, en cas d'invalidité permanente, une indemnité au moins égale à celle qui sera fixée par les statuts de la future loi d'invalidité ;

« 4^o Demander aux Pouvoirs publics de spécifier nettement dans la loi que tout mutualiste affilié à une Caisse de réassurance garantissant les indemnités légales sera dispensé des versements individuels imposés aux assujettis de l'assurance-invalidité. »

Voici quelles sont les principales opinions contenues dans ces réponses :

1^o L'assurance-invalidité devrait être obligatoire ;

2^o L'assurance-invalidité devrait être organisée uniquement par les Caisses de réassurance (désir de la plus grande partie des Caisses) ;

3^o L'assurance-invalidité pourrait être appliquée, outre les Caisses de réassurance, par d'autres organismes (Caisses créées spécialement dans ce but, ou Caisses des retraites ouvrières déjà existantes), mais alors chaque assuré affilié à une Caisse de réassurance devrait être dispensé des versements individuels

imposés aux assujettis de l'assurance obligatoire (opinion défendue par quelques Caisses et exprimée dans le quatrième vœu du Congrès de Toulon).

Que penser de ces opinions ?

1^o *L'assurance-invalidité devrait être obligatoire.* — Ce désir fut exprimé par la presque totalité des Caisses de réassurance.

Pourtant, il n'y a pas bien longtemps encore, les mutualistes étaient partisans déclarés de la liberté.

N'a-t-on pas entendu souvent des formules conçues de la façon suivante ou à peu près :

« Toute atteinte à la liberté individuelle est un mal ; la prévoyance doit être un acte libre ; la rendre obligatoire, c'est la détruire et la remplacer par l'impôt. » (M. Dédé, *Les Sociétés de secours mutuels.*)

La vérité, c'est que les mutualistes se sont aperçus qu'avec le système de la liberté pure et simple, ils étaient condamnés à rester un petit nombre noyé parmi le flot des insoucians, des indécis et des imprévoyants.

D'autre part, les personnes qui, grâce à leur situation de fortune privilégiée pourraient aider les prévoyants, se désintéressent d'eux, méconnaissent leurs devoirs et se renferment dans leur égoïsme.

Enfin, l'Etat lui-même, dont les crédits sont absorbés par des dépenses de jour en jour plus considérables, ne leur accorde que de maigres subventions.

Ce sont ces raisons qui expliquent pourquoi les mutualistes adhéraient, sans beaucoup d'enthousiasme sans doute, mais enfin adhéraient tout de même, au principe de l'obligation.

2^o *L'assurance-invalidité ne devrait être faite que par l'intermédiaire des Caisses de réassurance.* — Cette conception de l'assurance-invalidité faite uniquement par les institutions mutualistes de réassurance fut exposée dans beaucoup de réponses, mais on ne rencontrait cependant pas sur ce point la même unanimité que sur la première question.

A notre avis, cette prétention de vouloir assumer seuls le service de l'assurance invalidité était exagérée, car les résultats

obtenus dans ce domaine par les Caisses de réassurance ne la justifiaient pas.

3^o *L'assurance-invalidité pourrait être appliquée, outre les Caisses de réassurance, par d'autres organismes* (que ce soient des Caisses créées spécialement dans ce but, ou des Caisses des retraites ouvrières), mais alors chaque assuré affilié à une Caisse de réassurance devrait être dispensé des versements individuels imposés aux assujettis de l'assurance obligatoire.

Cette opinion ne fut contenue que dans des réponses de quelques Caisses et dans le quatrième vœu du Congrès de Toulon.

Nous estimons, qu'en raison de leur expérience en cette matière, il était très raisonnable de la part des Caisses de réassurance de demander le droit d'organiser le service invalidité pour leurs affiliés, sans que ceux-ci soient astreints à effectuer d'autres versements que leurs cotisations, sous réserve, bien entendu, qu'elles se seraient engagées à accorder à leurs adhérents des avantages au moins aussi considérables que les avantages légaux.

Les divers sens du terme « invalidité » en France et en Alsace-Lorraine.

Le langage usuel assimile l'invalidité à l'incapacité de travail : l'ouvrier invalide est celui qui se trouve dans l'impossibilité de travailler.

Cette notion a besoin d'être précisée. Nous allons passer en revue les différentes formules de l'invalidité, dans les lois françaises, chez certains auteurs et en Alsace et Lorraine.

Nous indiquerons ensuite celle qu'il convient de choisir.

1^o Formules proposées en France.

En France, l'on distingue l'invalidité accidentelle et l'invalidité naturelle.

L'invalidité accidentelle est celle prévue dans la loi du 9 avril 1898 ; ce texte n'a pas distingué expressément entre la réduction de la capacité professionnelle de la victime

(c'est-à-dire de sa capacité de travail au regard de sa profession antérieure à l'accident) et la réduction de sa capacité ouvrière (c'est-à-dire de sa capacité de travail en général au regard de toute profession).

La plupart des décisions de la Jurisprudence prennent pour critérium la capacité ouvrière (1).

Le 26 février 1914, dans un rapport qu'il fit à la Chambre au nom de la Commission d'assurance et de prévoyance sociales, M. le Député Schmidt considérait « qu'un individu était invalide lorsqu'il était atteint d'une incapacité totale de travail ou qu'il était incapable de gagner le tiers du salaire ou du gain ordinaire que les personnes appartenant à la profession qu'il exerçait gagnaient d'ordinaire, dans la région où il avait travaillé le plus longtemps pendant les cinq dernières années ».

Dans le projet de loi sur les assurances sociales déposé par le Gouvernement sur le bureau de la Chambre le 22 mars 1921, il est question de constituer des pensions d'invalidité aux personnes frappées d'incapacité totale de travail et à celles dont la capacité de travail est réduite de plus de 60 %, mais on n'a pas donné ouvertement une définition de l'invalidité.

2^o Sens du terme invalidité pour certains auteurs.

M. Dédé, dans son livre *Les Sociétés de secours mutuels, leur rôle économique et social*, propose comme définition de l'invalidité, « l'état d'une personne qui, par suite de ses infirmités, est incapable de gagner de quoi vivre ».

M. Bellom, ingénieur en chef au corps des Mines, dans son opuscule paru en 1912 sur « la définition légale de l'invalidité en matière d'assurance sociale, recherche d'une formule », déclare :

« L'invalidité est l'état du travailleur qui n'est plus capable de gagner, par un travail en rapport avec ses forces et ses

(1) La Cour de Paris, 6 décembre 1910 (*Gazette*, 1911, I. 62) parle de la « capacité ouvrière » du blessé. La Cour de Poitiers (23 octobre 1911) compare le salaire touché au moment de l'accident et celui que l'ouvrier demeure capable de gagner d'après les facultés générales de travail qui lui restent.

aptitudes, le tiers pour les ouvriers et la moitié pour les employés, de la rémunération que les personnes appartenant à la même catégorie que l'intéressé, dans l'ancienne profession de celui-ci, obtiennent dans la région où l'intéressé encore valide, a travaillé en dernier lieu. L'invalidité ainsi définie ne doit pas résulter d'un risque professionnel mis par la loi à la charge de l'industrie. »

3^o Formule de l'invalidité en Alsace et Lorraine.

Le législateur allemand s'est occupé de l'invalidité pour les ouvriers d'une part (loi impériale du 19 juillet 1911) et pour les employés d'autre part (loi du 20 décembre 1911).

A. — *Ouvriers.*

Le Code d'assurance ouvrière vise l'incapacité de travail dans ses diverses parties relatives aux trois branches essentielles de l'assurance.

a) *Assurance-maladie.* — Le fait seul d'être incapable d'accomplir son travail antérieur permet à l'assuré d'obtenir un secours.

b) *Assurance-accidents.* — Pour être invalide, l'ouvrier doit être incapable d'exercer non seulement son ancienne profession, mais une profession assimilable.

c) *Assurance-invalidité.* — Un ouvrier est invalide par suite de maladie ou infirmité lorsqu'il ne peut plus gagner, par une occupation répondant à ses forces et à ses aptitudes, le tiers de ce que les personnes similaires saines de corps et d'esprit gagnent d'ordinaire dans la même région.

B. — *Employés.*

Un employé est invalide lorsque sa capacité de travail est réduite au-dessous de la moitié de celle d'un assuré sain de corps et d'esprit, cet assuré exerçant non pas la profession antérieure du malade, mais une profession quelconque d'employé.

Dans quelques-unes de ces formules, on rencontre une différence entre les ouvriers et les employés faite en faveur de ces derniers.

Pour que les employés soient déclarés invalides, il suffit que l'incapacité de travail soit réduite de moitié, alors que, pour que la même qualité soit reconnue aux ouvriers, il faut que la réduction de leur capacité de travail atteigne deux tiers.

Que penser de cette différence ?

Doit-on la maintenir ?

Remarquons que les formules dans lesquelles nous trouvons cette différence datent toutes d'avant la guerre.

A cette époque, on pouvait soutenir avec quelque apparence de raison que cette faveur faite aux employés s'expliquait par ce motif que les employés, gagnant plus d'argent que les ouvriers, la perte de la moitié de leurs ressources les atteignaient aussi cruellement que la perte des deux tiers des ressources des ouvriers.

Nous allons démontrer que, même à ce moment, ce raisonnement était faux.

Prenons un employé gagnant 8 francs par jour et un ouvrier touchant un salaire quotidien de 6 francs (1) et supposons que la capacité de travail de ces deux individus vienne à diminuer de moitié.

L'ouvrier, qui était habitué à une certaine existence qu'il pouvait mener grâce à son salaire de 6 francs, va se trouver dans l'obligation de supprimer 3 francs de dépenses. Les 3 francs correspondaient sans doute à quelques dépenses superflues, mais surtout à des dépenses utiles et même nécessaires.

L'employé est bien obligé de dépenser 4 francs de moins, et avec les 4 francs qui lui restent, il ne pourra sans doute pas faire de dépenses superflues, mais il pourra très probablement faire face aux dépenses nécessaires, ou même simplement utiles. Il sera donc moins touché que l'ouvrier.

(1) Nous nous plaçons ici dans des conditions extrêmement défavorables puisque précisément : $1/2$ de 8 = 4 ; $2/3$ de 6 = 4.

La manière dont nous avons raisonné pour un ouvrier et un employé est évidemment applicable à la masse des ouvriers et des employés d'avant-guerre.

Ainsi, il semble que pour être juste, on aurait dû exiger des employés une diminution de leur capacité de travail plus grande que la diminution de capacité des ouvriers, pour leur reconnaître la qualité d'invalides.

Est-ce à dire qu'il aurait fallu prendre comme chiffres deux tiers et la moitié, nous ne le croyons pas. Il est, en effet, très difficile d'apprécier pour un employé d'une part, et pour un ouvrier d'autre part, les sacrifices qu'ils sont obligés de faire quand leur capacité de travail vient à diminuer dans la même proportion.

Aussi, nous estimons qu'on aurait dû renoncer à établir une différence à ce point de vue entre les employés et les ouvriers et exiger la même diminution de capacité de travail pour les déclarer invalides (1).

On pourrait peut-être trouver à cette différence faite en faveur des employés une autre explication.

Les maladies qui réduisent la capacité de travail d'un employé ont pour lui une importance relativement plus grande que celles qui frappent un ouvrier d'incapacité de travail. Le premier doit, en effet, mettre en œuvre des qualités surtout intellectuelles, le second des qualités surtout physiques.

Prenons un comptable qui, par suite de troubles cérébraux, voit sa mémoire s'affaiblir, ce qui l'oblige à abandonner son travail. Il aura beaucoup de mal à retrouver une autre profession d'employé, dans laquelle il faut toujours faire montre de certaines qualités intellectuelles et notamment de mémoire.

Considérons maintenant un ouvrier, un terrassier par exemple, qui souffre de paralysie dans une jambe, son travail antérieur lui est désormais interdit. Après un certain temps

(1) Remarquons que la situation est actuellement modifiée : les ouvriers gagnent plus que les employés. Ceux qui étaient partisans de n'exiger des employés qu'une diminution de capacité de travail de moitié pour les reconnaître invalides, devraient maintenant exiger que la capacité de travail des travailleurs de cette catégorie soit réduite des $\frac{2}{3}$.

consacré à sa rééducation, il pourra devenir cordonnier, par exemple, et gagner tout autant qu'auparavant.

Notre comptable, qui éprouve beaucoup de difficulté à retrouver une place d'employé, aura beaucoup de mal à faire un terrassier, un menuisier, etc..., professions qui exigent des qualités physiques qu'il ne possèdera pas, le corps ne se développant pas dans un bureau comme lorsque l'on fait quotidiennement des travaux de force au grand air.

Il semble donc que le même pourcentage d'incapacité de travail aura des conséquences inégales chez l'ouvrier et chez l'employé, plus graves chez le second que chez le premier.

Quoi qu'il en soit, il ne nous apparaît pas possible qu'une législation puisse tenir compte de cette différence, et surtout la chiffrer.

Une deuxième question se pose. Doit-on distinguer deux sortes d'invalidité : l'invalidité accidentelle et l'invalidité naturelle ?

Nous ne le croyons pas. Un individu frappé d'incapacité de travail par suite d'accident, doit recevoir les mêmes secours que celui qui devient incapable de travailler à la suite d'une maladie. Toutefois, les cas d'invalidité provenant d'accidents professionnels doivent être mis à part : ils tombent sous le coup de la loi du 9 avril 1898.

Nous rencontrons, enfin, une dernière question. Y a-t-il lieu de distinguer : l'invalidité provenant de l'incapacité d'exercer son ancienne profession et l'invalidité provenant d'une incapacité de travail à l'égard de toutes professions ?

Nous estimons que l'on doit s'en tenir à une seule sorte d'invalidité : l'invalidité qui provient de ce que l'individu est incapable d'exercer n'importe quelle profession.

Lorsqu'un individu voit sa capacité de travail diminuer au point d'être obligé d'abandonner sa profession, il doit s'efforcer d'en trouver une autre ; est-il employé, qu'il cherche à s'occuper comme ouvrier, voire comme manœuvre. Si on lui promettait une pension d'invalidité par ce fait seul qu'il est incapable d'exercer son ancienne profession, il prétendrait

toujours qu'il ne peut trouver aucune occupation, et il faudrait subvenir entièrement à ses besoins.

Toutefois, si cet individu subit une diminution de sa capacité de travail de 100 %, ou si cette capacité de travail est réduite de telle sorte qu'il se trouve par trop désavantagé vis-à-vis des autres travailleurs (nous estimons que ce cas se produit lorsque la capacité de travail tombe au-dessous de 40 %), nous lui reconnaitrons la qualité d'invalidé, pourvu toutefois que la cause de la réduction de sa capacité de travail ne tombe pas sous le coup de la loi du 9 avril 1898.

En résumé, nous dirons que *l'invalidité est l'état du travailleur qui est frappé d'incapacité totale de travail, où dont la capacité de travail est réduite d'au moins 60 %, à la condition que l'invalidité ainsi définie ne résulte pas d'un risque professionnel mis par la loi à la charge de l'industrie.*

Les Caisses de réassurance, nous l'avons vu, ne considèrent comme invalides que les malades atteints d'incapacité totale de travail qui se trouvent dans certaines conditions.

Les unes admettent que ces incapables totaux de travail sont invalides lorsqu'ils sont encore malades à l'expiration de la période prévue pour l'allocation des secours de longue maladie. Les autres (Caisses du système de Toulon) les estiment également invalides dans ce cas et, en outre, lorsque soit à leur entrée, soit pendant la période d'indemnités de longue maladie, leur incapacité totale est jugée permanente.

Jamais les individus atteints d'incapacité de travail dépassant 60 % et inférieure à 100 % ne sont considérés par les institutions mutualistes de réassurance comme des invalides.

Aussi, si l'on veut qu'elles jouent un rôle dans un système d'assurances sociales, il faut les modifier de façon à ce que les invalides de toutes les catégories soient secourus comme tels.

Avant de dire quels changements elles doivent subir, il est une question sur laquelle on ne saurait trop attirer l'attention.

Lorsqu'un individu est frappé d'incapacité de travail totale ou partielle (atteignant 60 %), on ne sait pas si cette incapacité est définitive ou non ; aussi, le mieux est-il de ne pas lui

constituer de suite une pension d'invalidité. Il est préférable de lui allouer, outre les soins médicaux, des indemnités en espèces, d'abord journalières pendant six mois, puis mensuelles pendant trois ans, enfin une pension d'invalidité à cette époque.

En voici les raisons : durant les six premiers mois, le malade peut se rétablir d'un jour à l'autre et l'on doit pouvoir arrêter l'indemnité du jour au lendemain ; s'il n'est pas guéri au bout de six mois, on peut prévoir qu'il mettra au moins un mois pour se guérir, d'où la possibilité de lui verser des allocations mensuelles. Enfin, s'il n'a pas recouvré la santé au bout de trois ans et six mois, il y a de fortes chances pour que son invalidité soit définitive, et l'on peut, sans grands inconvénients, lui constituer une pension annuelle que l'on revisera tous les cinq ans, par exemple (1).

Les invalides ayant besoin d'être secourus dès les premiers jours où ils sont frappés d'incapacité de travail, il serait nécessaire de réorganiser aussi les Sociétés de secours mutuels, afin qu'elles distribuent des secours différents, suivant que le malade serait frappé d'une incapacité de travail inférieure à 60 %, d'une incapacité de travail de 60 % à 100 %, enfin d'une incapacité totale.

Au bout de six mois, les Caisses de réassurance prendraient ces trois catégories de malades et leur alloueraient : aux premières des indemnités de longue maladie et aux deuxièmes et troisièmes des allocations mensuelles de taux différents. A l'expiration de la période de trois ans, les personnes dont l'incapacité de travail serait comprise entre 60 et 100 % et les invalides totaux obtiendraient des pensions annuelles revisables tous les cinq ans.

(1) Ce laps de temps nous paraît convenable car il ménage d'abord les intérêts de l'invalidé qui, s'il a obtenu une pension pour invalidité partielle et que son état vienne à s'aggraver, verra sa pension s'augmenter (il sait, d'autre part, que dans ses ressources il peut compter sa pension pendant cinq ans), ensuite les intérêts de la Caisse elle-même, puisque de cette manière elle évite de verser indéfiniment une pension à un individu qui aurait recouvré ses forces.

CHAPITRE DEUXIÈME

L'invalidité dans la loi du 5 Avril 1910. L'assurance-invalidité en Alsace et en Lorraine.

1^o Loi du 5 avril 1910.

La loi du 5 avril 1910 sur les retraites ouvrières et paysannes a, comme son titre même l'indique, pour but essentiel de constituer une pension de vieillesse ; mais le législateur ne s'est pas désintéressé de l'invalidité et garantit à l'assuré une pension d'invalidité, quel que soit son âge, lorsqu'il est atteint d'*incapacité de travail permanente totale*.

La loi crée deux catégories d'assurés :

- 1^o Les assurés obligatoires ;
- 2^o Les assurés facultatifs.

1^o *Les assurés obligatoires* (1). — En vertu de l'article premier, sont soumis à l'obligation dans les limites d'âge et de salaire ci-dessus indiquées :

1^o Les salariés des deux sexes de l'industrie, du commerce, des professions libérales et de l'agriculture, y compris en particulier les travailleurs à façon, aux pièces, à la tâche, à condition que leur salaire soit effectivement décompté d'après le travail effectué, et qu'il ne s'agisse pas d'un entrepreneur opérant à son compte, étant son propre patron.

Les salariés intermittents, qu'ils travaillent à l'heure, à la journée, et quel que soit le nombre de journées, à condition que la retenue pour cotisation puisse atteindre 1 % sur le

(1) Tous les travailleurs salariés dont la rémunération annuelle ne dépasse pas la limite maxima de 5.000 francs et dont l'âge est compris entre 13 et 60 ans.

salaire (journaliers, aides pour travaux de moisson, bûcherons, femmes de ménage).

Les salariés rétribués en numéraire, en nature — la seule rémunération en nature étant suffisante, sous forme de logement, nourriture, etc. — sous forme de pourboires si ceux-ci représentent la rémunération exclusive.

Les membres de la famille salariés, sous la seule réserve que la femme ne peut être considérée comme salariée du mari et réciproquement ;

2° Les serviteurs à gages, gens de maison, domestiques attachés à la personne, etc. ;

3° Les salariés de l'Etat non placés sous le régime des pensions civiles et militaires ;

4° Les salariés des départements et des communes ne bénéficiant pas d'une Caisse de retraite ou d'un règlement de retraites ;

5° Les salariés étrangers, travaillant en France, même s'ils ne viennent que pour des travaux de saison ou si, ayant leur habitation en territoire étranger, ils passent chaque jour la frontière pour se rendre en France. Toutefois, les salariés étrangers ne bénéficient de la loi pour les allocations de l'Etat que s'ils sont naturalisés Français avant l'âge de 50 ans. Tous les naturalisés bénéficient de la contribution de l'employeur. Les non naturalisés ne bénéficient, ni des allocations de l'Etat, ni de la contribution de l'employeur, à moins d'un traité de réciprocité avec le pays d'origine ;

6° Les salariés français qui sont occupés en dehors de la métropole (loi du 17 août 1915).

2° *Les assurés facultatifs* (1).

Sont admis facultativement, jusqu'à l'âge de 60 ans, à se constituer une retraite :

1° Les fermiers, cultivateurs, artisans, petits patrons de

(1) Les petits patrons travaillant à leur compte et les salariés dont la rémunération est comprise entre 3 et 5.000 francs, des professions agricoles. Les femmes des employés et ouvriers se constituant une retraite de vieillesse sous le régime de la loi de 1910 ou sous un autre régime équivalent.

Toutes ces personnes ne doivent pas avoir atteint l'âge de 60 ans.

l'industrie ou du commerce qui, habituellement, travaillent seuls ou avec un seul ouvrier et avec des membres de leur famille, salariés ou non, habitant avec eux ;

2° Les salariés dont le salaire annuel est supérieur à 5.000 francs mais ne dépasse pas 6.000 francs ;

3° Les membres de la famille des assurés obligatoires ou facultatifs travaillant et habitant avec eux ;

4° Les femmes non salariées des assurés obligatoires ou facultatifs et les veuves non salariées des assurés de l'une ou l'autre catégorie qui, à la date du décès de leur mari, se trouvaient effectivement placées sous le régime de la présente loi ;

5° Les femmes ou veuves non salariées, dont les maris, appartenant actuellement ou ayant appartenu au moment de leur décès à l'une des catégories du titre V de la loi, n'ont pas bénéficié de l'assurance, ainsi que les femmes ou veuves non salariées dont les maris sont, ou étaient, lors de leur décès, retraités au titre de la présente loi ;

6° Les femmes ou veuves non salariées des agents, employés ou ouvriers placés, soit sous le régime des pensions civiles ou militaires, soit sous l'un des régimes spéciaux énumérés à l'article 10 de la loi, lorsque l'ensemble des salaires et pensions de leur mari n'excède pas 5.000 francs.

Il résulte ainsi de la loi du 17 avril 1916 que, peuvent bénéficier de l'assurance, en dehors des personnes visées par la loi de 1910, les femmes dont les maris sont placés sous le régime des pensions civiles ou militaires ou sous l'un des régimes spéciaux de retraite, lorsque l'ensemble des salaires et pensions de leur mari n'excède pas 5.000 francs.

Toutefois, l'admission au bénéfice de l'assurance n'est pas exigible d'office. Les candidats doivent justifier qu'ils rentrent bien dans l'une ou l'autre des catégories énumérées, par la production d'un certificat du maire délivré sur le vu de pièces spéciales pour chaque catégorie. En cas de doute, il appartient aux tribunaux d'interpréter la situation sociale du candidat, notamment en tenant compte des ressources dont il peut disposer, et de statuer.

Les assurés obligatoires bénéficient d'une rente d'invalidité, quel que soit leur âge s'ils sont atteints, en dehors des cas régis par la loi du 9 avril 1898, et à l'exclusion de toute faute intentionnelle de blessures graves ou d'infirmités prématurées entraînant une *incapacité absolue et permanente de travail* (art. 9).

Les assurés facultatifs ont droit à une rente anticipée d'invalidité en cas d'incapacité absolue et permanente de travail.

Nous déterminerons plus tard le chiffre de ces pensions.

Les ressources de l'assurance.

Elles sont constituées par les versements obligatoires et facultatifs des assurés, par les contributions des employeurs, par les majorations de l'Etat (1).

1^o *Assurés obligatoires.* — Les patrons et ouvriers versent une cotisation égale fixée par la loi. Elle diffère selon l'âge, et pour les adultes selon le sexe. Elle est de :

9 francs pour les hommes adultes ;

6 francs pour les femmes adultes ;

4 fr. 50 pour les mineurs au-dessous de 18 ans.

2^o *Assurés facultatifs.* — Les assurés de cette catégorie fixent eux-mêmes le montant de leur cotisation, sous réserve du minimum annuel de 9 francs.

Cartes-quittances.

On oppose des timbres retraites sur ces cartes présentant la valeur de la cotisation.

Prestations de l'assurance.

Elles sont constituées :

1^o Par des pensions obtenues par la capitalisation des versements des assurés et des employeurs ;

(1) La contribution de l'Etat résulte des engagements pris par le législateur de constituer en principe à tous les assurés, dans les conditions que nous indiquerons, une pension de 100 francs à la charge de l'Etat.

2° Des pensions constituées par l'Etat sous forme d'allocations viagères, de majorations des versements, de bonification de rente et des allocations accordées par l'Etat aux survivants.

Nous n'examinerons que le cas où l'assuré demande sa pension d'invalidité :

1° *Assurés obligatoires.* — Quand un assuré est atteint d'incapacité absolue et permanente de travail, il réunit un dossier comprenant les preuves de son incapacité qu'il adresse au maire. Le préfet fait visiter l'intéressé par un médecin assermenté qui atteste que l'intéressé est frappé d'invalidité. Le dossier est ensuite soumis à une Commission consultative siégeant au Ministère du Travail. Le Ministre décide.

Si l'incapacité est reconnue, l'Etat accorde à l'assuré, quel que soit son âge, une bonification de la rente produite par les versements, à condition bien entendu qu'il soit en règle au point de vue des cartes annuelles. Il n'est exigé qu'un seul versement annuel avant l'invalidité pour la prétention à la bonification ;

2° *Assurés facultatifs.* — Ils peuvent demander la liquidation de leur pension d'invalidité, en cas d'invalidité absolue et permanente comme les assurés obligatoires, à condition qu'ils soient entrés dans l'assurance avant 30 ans, ou qu'ils aient fait au moins cinq versements annuels d'une valeur minima de 9 francs.

Institutions de l'assurance.

Le législateur a voulu accorder le plus de liberté possible aux assurés pour le choix des organes d'assurance. *

Ceux-ci sont :

- 1° La Caisse nationale des retraites ouvrières ;
- 2° Les Sociétés de secours mutuels ;
- 3° Les Caisses patronale et syndicales de retraites ;
- 4° Les Caisses départementales et régionales. (Ces dernières

créées spécialement en vue de l'application de la loi et administrées par un Comité d'employeurs et d'ouvriers.)

Ce ne sont pas ces Caisses qui s'occupent de l'administration du service des retraites et des pensions d'invalidité, ainsi que le fait l'Institut d'Alsace et Lorraine.

L'administration est confiée aux préfets et la liquidation des pensions de retraite et d'invalidité au Ministre du Travail.

La loi du 5 avril 1910, nous l'avons dit en commençant son étude, n'accorde une pension d'invalidité à l'assuré qu'en cas d'incapacité de travail permanente totale.

Elle laisse donc sans secours l'assuré atteint d'incapacité permanente partielle de plus de 60 %.

Toutefois, alors que la rente viagère de vieillesse est ordinairement liquidée à 60 ans, le titulaire a le droit d'en demander la liquidation anticipée à l'âge de 55 ans.

Il y a là une disposition favorable pour le cas d'une invalidité prématurée, puisque l'assuré est libre, d'après sa seule appréciation, de déterminer si ses forces physiques sont suffisamment amoindries pour exiger une cessation ou une diminution de travail et, dans ce cas, les bonifications de pensions de l'Etat lui sont conservées. C'est là, en quelque sorte, un cas de pension anticipée pour cause d'invalidité permanente partielle.

Mais cette loi n'accorde aucun secours à l'assuré atteint d'une incapacité temporaire totale ou partielle.

Elle est donc nettement insuffisante. Elle renferme le principe de l'obligation que nous considérons comme absolument nécessaire en matière d'assurance sociale.

2° L'assurance-invalidité en Alsace et en Lorraine.

L'assurance contre l'invalidité fut établie par la loi du 13 juillet 1889 et abrogée par la loi impériale du 19 juillet 1911. Cette loi, ainsi que nous l'avons déjà vu, est une codification des lois antérieures et s'occupe à la fois de l'assurance-maladie, de l'assurance-accident et de l'assurance des invalides et des

survivants. Les articles 1236 à 1500 sont consacrés à cette dernière.

La loi de 1911, appelée encore Code des assurances sociales, a créé spécialement pour l'Alsace et la Lorraine, l'*Institut d'assurance-invalidité*.

Le but que se propose cette assurance est de venir en aide aux travailleurs quand ils ne peuvent plus travailler ou lorsqu'ils sont âgés ; elle englobe donc comme la loi du 5 avril 1910, l'assurance contre la vieillesse et l'assurance contre l'invalidité.

Il y a deux catégories d'assurés :

1^o Les assurés obligatoires ;

2^o Les assurés facultatifs.

1^o *Assurés obligatoires*. — Sont assujettis à l'assurance à partir de 16 ans accomplis :

1^o Les ouvriers, aides, compagnons, apprentis, domestiques, s'ils sont occupés moyennant rémunération, quels que soient leurs salaires ;

2^o Les employés d'exploitation, contremaîtres et autres employés, s'ils ne gagnent pas annuellement plus de 2.500 fr. ;

3^o Les commis et apprentis de commerce, les aides et élèves en pharmacie, s'ils n'ont pas plus de 2.500 francs de salaire ;

4^o Les membres d'une troupe de théâtre ou d'un orchestre si leur traitement ne dépasse pas 2.500 francs ;

3^o Les instituteurs et les percepteurs, si leur traitement n'est pas supérieur à 2.500 francs.

La loi prévoit quelques cas de dispense pour :

1^o Les personnes travaillant moyennant salaire, mais seulement d'une manière passagère ;

2^o Les personnes ayant d'autre rémunération que l'entretien gratuit ;

3^o Les fonctionnaires employés au service de l'Etat ou de ses établissements, les employés des communes, mais à la condition qu'ils aient droit à une retraite au moins équivalente à la rente d'invalidité, ainsi qu'à une rente pour leur veuve ou leurs orphelins.

Afin d'éviter les abus qui pourraient se produire, la loi a décidé que les invalides ne pourraient pas s'assurer.

2^o *Assurés facultatifs.* — Ont la faculté de s'assurer :

1^o Les employés d'exploitation, contremaîtres et autres employés occupant une situation de même importance, lorsque le revenu annuel provenant de leur travail dépasse 2.500 francs et n'excède pas 3.750 francs ;

2^o Les commis et apprentis ainsi que les aides et élèves en pharmacie, si leurs appointements sont supérieurs à 2.500 fr., mais ne dépassent pas 3.750 francs ;

3^o Les membres d'une troupe de théâtre ou d'un orchestre aux gages de plus de 2.500 francs et de moins de 3.750 francs ;

4^o Les instituteurs et les précepteurs s'ils n'ont pas plus de 3.750 francs de traitement ;

5^o Les petits industriels, s'ils n'emploient personne ou tout au plus deux ouvriers soumis à l'assurance.

Toutes ces personnes peuvent prendre part à l'assurance facultative si elles n'ont pas dépassé l'âge de 40 ans.

Elles ont, par conséquent, la faculté de s'assurer pour peu d'argent contre les coups du sort ;

6^o Ont en outre le droit de s'assurer, les personnes qui n'ont d'autre rémunération que l'entretien gratuit. D'après la loi, elles sont exemptes de l'obligation de l'assurance. Comme on peut admettre que ces personnes pourront un jour ou l'autre gagner plus et que, par conséquent, elles devront s'assurer, il leur est permis de s'assurer, si *toutefois elles n'ont pas 40 ans d'âge* ;

7^o Les ouvriers ne travaillant que temporairement et qui, par conséquent, ne sont pas obligés de s'assurer, avant leur 40^e année.

Tous ces cas rentrent dans l'assurance personnelle.

L'assurance peut être continuée si un individu soumis à l'assurance obligatoire devient, par suite d'améliorations dans sa situation, indépendant ; il a la faculté de continuer à s'assurer pour ne pas perdre le profit de ses versements.

Ressources de l'assurance-invalidité.

Elles proviennent de trois côtés :

1^o L'Etat contribue, par un versement annuel de 62 fr. 50, aux rentes d'invalidité ;

2^o et 3^o Les patrons et les assurés versent des cotisations égales.

Montant des cotisations.

Pour fixer le chiffre de la cotisation, on tient compte du salaire annuel. Les assurés sont répartis en cinq classes. Pour le classement, on multiplie le salaire de base (moyenne du salaire quotidien des différentes classes d'ouvriers fixé par l'administration compétente) par 300.

Pour les assurés qui ne sont pas membres des Caisses de malades, on multiplie le salaire local par 300; ce salaire est fixé et publié par l'administration.

		Cotisations.
1 ^{re} classe de salaire, assurés gagnant	—	—
par an jusqu'à 437 fr. 50 . . .	0 20	par semaine
2 ^e — de 437 fr. 50 à 687 fr. 50.	0 30	—
3 ^e — de 687 fr. 50 à 1.062 fr. 50.	0 40	—
4 ^e — de 1.062 fr. 50 à 1.437 fr. 40.	0 50	—
5 ^e — jusqu'à 1.437 fr. 50 et plus. .	0 60	—

Timbres de cotisation.

Le paiement des cotisations s'effectue au moyen de timbres que l'on colle sur une carte quittance et qui représentent la valeur de la cotisation d'une des cinq classes de salaires.

Prestations.

Par suite de la cherté de la vie, les rentes d'invalidité n'étaient plus suffisantes ; aussi, depuis le 1^{er} février 1918, accorde-t-on un supplément de 10 francs par mois.

Pour conserver son droit à la rente, il faut avoir versé,

pendant une période de deux ans après délivrance de la carte-quittance, au moins vingt cotisations hebdomadaires.

Nature des prestations.

Les différents prestations de l'assurance sont :

- 1^o La rente d'invalidité ;
- 2^o La rente de vieillesse ;
- 3^o La rente de veuve ;
- 4^o La rente d'orphelin ;
- 5^o La rente de veuf ;
- 6^o Les secours pécuniaires aux orphelins ;
- 7^o Les secours pécuniaires aux veuves ;
- 8^o Le traitement curatif.

Pour rester dans le cadre de notre sujet, nous ne parlerons que de la rente d'invalidité et du traitement curatif.

Rente d'invalidité. — Pour l'obtenir, il faut être frappé d'invalidité *permanente* et avoir accompli une certaine période préparatoire.

Est invalide, celui qui n'est plus en état de gagner par un travail approprié à ses forces et à ses aptitudes et correspondant dans une mesure raisonnable à son instruction et à la profession qu'il a exercée jusqu'alors, le tiers de ce que des personnes de sa condition, saines de corps et d'esprit, ayant reçu une instruction analogue et occupées dans la même région, gagnent d'ordinaire par leur travail.

Si cet état ne peut être changé, l'invalidité est considérée comme permanente.

L'individu qui a été simplement atteint d'invalidité pendant vingt-six semaines consécutives, ou qui se trouve invalide à l'expiration des secours pécuniaires de maladie, a également droit à la rente d'invalidité. Il reçoit la rente pour la durée ultérieure de son invalidité.

La rente d'invalidité se compose de cinq éléments :

- 1^o D'un subside de l'Etat ;
- 2^o D'une somme de base ;

3° De majorations ;

4° D'une augmentation d'un dixième de la rente pour chaque enfant de moins de 15 ans ;

5° D'un supplément mensuel de vie chère de 10 francs.

1° L'Etat majore chaque pension de 62 fr. 50 par an ;

2° La somme de base, qui est toujours calculée sur cinq cents semaines de cotisation. Pour chaque semaine de cotisation, on compte :

Dans la 1 ^{re} classe.	0 15
— 2 ^e —	0 175
— 3 ^e —	0 20
— 4 ^e —	0 225
— 5 ^e —	0 25

3° Pour obtenir les majorations, on multiplie le nombre de cotisations versées par :

3 fr. 75 pour la cotisation de la 1 ^{re} classe	
7 fr. 50 — — —	2 ^e —
10 fr. » — — —	3 ^e —
12 fr. 50 — — —	4 ^e —
15 fr. » — — —	5 ^e —

4° Augmentation du dixième de la pension pour chaque enfant de moins de 15 ans ;

5° Un supplément mensuel de cherté de vie.

Exemple : Un assuré gagnant un salaire rangé dans la quatrième classe qui a versé pendant cinq cent cinquante semaines, devient invalide et a un enfant de moins de 15 ans, sa pension d'invalidité sera de :

62 fr. 50	Subside de l'Etat
112 fr. 50	Somme de base ($500 \times 0 \text{ fr. } 225$)
68 fr. 75	$12 \text{ fr. } 50 \times 550$
243 fr. 75	
24 fr. 37	Augmentation de $1/10$.
268 fr. 12	par an, soit 22 fr. 34 par mois, plus
10 francs d'indemnité de vie chère = 32 fr. 34 par mois.	

Traitement curatif.

Outre les prestations obligatoires, la loi a créé des prestations facultatives, telles que le traitement curatif. Il a pour but de prévenir ou d'écarter l'invalidité. L'Institut d'assurance-invalidité accorde ou refuse ce traitement, suivant qu'il juge que le titulaire de la pension d'invalidité a des chances de recouvrer sa capacité de travail ou non.

Pour demander à suivre un traitement curatif, il faut faire la preuve qu'on a payé au moins cent cotisations.

Quand la demande est agréée, l'Institut envoie à ses frais le malade dans un sanatorium approprié à son genre de maladie.

L'Institut possède deux sanatoria pour le traitement de la tuberculose pulmonaire. Il fait soigner les malades atteints de maladies nerveuses dans des établissements spéciaux. Il a même à Schirmeck un sanatorium pour convalescents afin que ceux-ci ne reprennent leur travail que complètement guéris.

L'Institut d'assurance-invalidité d'Alsace et Lorraine.

C'est lui qui s'occupe de l'administration de l'assurance-invalidité ; il étudie, en outre, tous les moyens d'améliorer l'état sanitaire de la population assujettie à l'assurance.

La première condition exigée par le législateur allemand, pour avoir droit à la pension d'invalidité, est que l'individu soit atteint d'*invalidité permanente*.

Cette invalidité permanente, c'est, pour un individu, « l'état dans lequel il se trouve quand il n'est plus en état de gagner par un travail approprié à ses forces et à ses aptitudes et correspondant, dans une mesure raisonnable à son instruction et à la profession qu'il a exercée jusqu'alors, le tiers de ce que les personnes saines de corps et d'esprit, ayant reçu une instruction analogue et occupées dans la même région, gagnent d'ordinaire par leur travail. L'incapacité est considérée comme permanente si cet état ne peut être changé ».

Cette définition diffère de la nôtre : 1^o en ce qu'elle tient compte de la profession que l'individu a exercée ; 2^o en ce que le législateur exige que cette invalidité soit permanente.

Mais cette deuxième différence ne subsiste pas entière, car le législateur se hâte d'ajouter que « la rente d'invalidité est aussi accordée à l'assuré qui n'est pas atteint d'invalidité permanente, mais qui a été atteint d'invalidité pendant vingt-six semaines consécutives, ou qui se trouve invalide à l'expiration des secours pécuniaires de maladie (1) ».

Il n'en reste que ceci, que l'individu atteint d'invalidité pendant vingt-six semaines ne touchera que les secours de maladie, sa pension ne partant que de l'expiration des vingt-six semaines, alors que, dans notre système (2), cette personne aurait touché des allocations journalières d'invalidité pendant les vingt-six semaines.

Quant au malade qui se trouve invalide au bout de vingt-six semaines de traitement pour maladie dans le système alsacien, il touchera, dès l'expiration de sa maladie, sa pension d'invalidité, tandis que, dans le système que nous préconisons, il ne touchera que des allocations mensuelles pendant trois ans ; si, à ce moment, il est encore invalide, il aura alors droit à sa pension d'invalidité.

La comparaison des pensions d'invalidité accordées en Alsace et Lorraine et des pensions constituées par les Caisses de réassurance actuelles est assez difficile à faire.

En effet, l'obligation fonctionnant en Alsace et en Lorraine, nous sommes obligés de répéter ici le raisonnement que nous avons déjà fait lorsque nous avons étudié la législation d'Alsace et Lorraine relative à la longue maladie :

1^o Les assurés étant plus nombreux, les résultats sont naturellement plus considérables ;

2^o On a pu proportionner les cotisations aux ressources des assurés ;

(1) Les assurances sociales en Alsace et Lorraine, p. 106.

(2) Celui que nous aimerions voir appliquer.

3^o Les ressources provenant des patrons et des ouvriers qui versent des cotisations égales et de l'Etat qui fait un versement annuel de 62 fr. 50 par rente, il ne faut pas s'étonner que les rentes constituées soient plus considérables.

Une dernière difficulté provient de ce que les Caisses de réassurance ne donnent pas le même sens au terme « invalidité ». Quoiqu'il en soit :

Un assuré de la cinquième classe, devenu invalide sans enfants, a droit, moyennant une cotisation hebdomadaire de 0 fr. 15, à une rente mensuelle de 33 fr. 15 qui se décompose ainsi :

62 fr. 50	Subside de l'Etat
125 fr. »	Somme de base ($500 \times 0 \text{ fr. } 25$)
90 fr. »	Majoration ($600 \times 0 \text{ fr. } 15$)
277 fr. 50	

Un assuré de la première classe devenu invalide sans enfant, moyennant une cotisation hebdomadaire de 0 fr. 25, a droit à une pension mensuelle de 13 fr. 33, qui se décompose comme suit :

62 fr. 50	Subside de l'Etat
75 fr. »	($500 \times 0 \text{ fr. } 15$)
22 fr. 50	($3 \text{ fr. } 75 \times 600$)
160 fr. »	

A Toulon, lorsqu'un individu est atteint d'incapacité totale de travail jugée permanente, soit au moment de sa prise en charge par la Caisse, soit pendant une période de trois ans, à compter de cette prise en charge, ou s'il est toujours malade à l'expiration de cette période de trois ans, il a droit à une pension d'invalidité de 91 fr. 25 par an (0 fr. 25 par jour).

Quand un individu est frappé d'incapacité totale de travail, mais que l'on estime qu'il a des chances de guérir, il touche 1 fr. 20 par jour pendant trois ans.

Ces avantages lui sont accordés, comme l'on sait, moyennant une cotisation de 0 fr. 10 par mois.

A Angers : l'individu atteint d'incapacité totale de travail au moment de sa prise en charge, a droit, pendant six mois à 1 fr. 50 par jour, dimanche non compris, et de six mois à vingt et un mois, à 1 franc par jour, dimanche non compris. Passé ce délai, si son incapacité est demeurée totale, on lui reconnaît la qualité d'invalidé, et il touche 120 francs par an comme pension d'invalidité.

La cotisation qui donne droit à ces avantages est de 3 francs par an.

Ces avantages faits actuellement par les Caisses de réassurance malgré la modicité des cotisations sont tels qu'ils nous permettent d'espérer que, lorsque les Caisses de réassurance seront réorganisées suivant le système que nous préconisons, si l'obligation impose aux patrons de contribuer à l'assurance, et si l'Etat accorde son concours largement, ces institutions donneront au moins d'aussi bons résultats que ceux obtenus en Alsace et en Lorraine. Et n'oublions pas qu'à ce moment les invalides de toutes les catégories seront secourus.

APPENDICE

La longue maladie et l'invalidité dans le projet de loi du 22 Mars 1921.

D'après l'article premier, ce projet de loi institue une assurance sociale destinée à couvrir les risques de maladie, d'invalidité, de vieillesse et de décès en tenant compte des charges de famille.

Nous n'étudierons que les dispositions prises pour garantir contre le risque de maladie et le risque d'invalidité.

Ce projet établit des assurés obligatoires et des assurés facultatifs.

L'assurance est obligatoire pour tous les travailleurs liés par un contrat de travail à un patron, lorsque leur rémunération ne dépasse pas le chiffre maximum de 10.000 francs. Alors que dans la loi de 1910 le salaire maximum au delà duquel cessait l'obligation était de 3.000 francs, puis de 5.000 francs en 1915, on a jugé que cette limite étant donné les augmentations du coût de la vie devait être portée à 10.000 fr.

Aux salariés proprement dits sont assimilés les métayers. Le motif de cette assimilation, d'après les auteurs du projet, est que la condition de ces personnes est telle qu'ils se trouvent dans une dépendance assez étroite des propriétaires qui permet de demander à ceux-ci des sacrifices analogues à ceux qui sont réclamés des patrons par leurs ouvriers.

L'assurance est facultative pour les petits patrons des villes ou des champs. On a estimé qu'il était désirable que ces personnes pussent s'assurer, parce que, si elles peuvent épargner, il est possible que le rendement de leur industrie soit réduit ou déficitaire ; dans ce cas, il est juste qu'elles puissent profiter des avantages de l'assurance instituée pour

les travailleurs modestes ; c'est pourquoi on leur a donné le droit de s'assurer quand leur bénéfice est inférieur à 10.000 fr.

1^o *Assurés obligatoires*. — Tous les salariés et métayers français de l'un ou l'autre sexe, dont la rémunération ou le revenu n'excède pas 10.000 francs par an (Art. 1^{er}).

2^o *Assurés facultatifs*. — Les fermiers, cultivateurs, artisans et petits patrons qui, habituellement, travaillent, soit seuls ou avec un seul ouvrier, soit avec des membres de leur famille, salariés ou non, habitant avec eux, à condition que leur revenu annuel ne soit pas supérieur à 10.000 francs (Art. 2, 2^o).

Conditions d'admission.

Les salariés et les métayers français des deux sexes dont la rémunération ou le revenu ne dépasse pas 10.000 francs par an, sont admis de droit dans l'assurance, à la seule condition qu'ils soient âgés de moins de 60 ans.

Pour être admis dans l'assurance facultative, les intéressés (Art. 2, 2^o) doivent n'être atteints d'aucune maladie chronique ou incurable, ni d'aucune invalidité totale ou partielle susceptible d'élever leur morbidité. Les assurés de la loi du 5 avril 1910 âgés de 30 à 60 ans sont admis sous certaines conditions, pour « donner une sorte de prime à ceux qui, spontanément, ont déjà fait acte d'assurance volontaire (1) ».

Ressources de l'assurance.

Elles sont constituées par les versements des assurés, les contributions des employeurs et les subventions de l'Etat. Les cotisations sont partagées par moitié entre les employeurs et leurs salariés.

Cotisations des assurés obligatoires (Art. 10) (2).

Elles varient avec la classe dans laquelle a été rangé l'assuré et sont fixées à 5 % du salaire moyen de chaque classe.

(1) Exposé des motifs, p. 6.

(2) Les assurés facultatifs acquittent la totalité de la cotisation correspondant à leur classe d'assurance. Pour les classer on se fonde sur le revenu qu'ils ont déclaré, sur leur feuille d'imposition, lorsque ce chiffre a été accepté par l'Administration des finances. (Art. 5, 7, et 10.)

1^{re} Classe. — Salaire annuel inférieur à 1.200 francs : 45 francs par an, 3 fr. 75 par mois et 0 fr. 15 par journée de travail.

2^e Classe. — Salaire annuel égal ou supérieur à 1.200 francs et inférieur à 2.400 francs : 90 francs par an, 7 fr. 50 par mois et 0 fr. 30 par journée de travail.

3^e Classe. — Salaire annuel égal ou supérieur à 2.400 francs et inférieur à 4.000 francs : 160 francs par an, 13 fr. 35 par mois et 0 fr. 55 par journée de travail.

4^e Classe. — Salaire annuel égal ou supérieur à 4.000 francs et inférieur à 6.000 francs : 250 francs par an, 20 fr. 85 par mois et 0 fr. 85 par journée de travail.

5^e Classe. — Salaire annuel égal ou supérieur à 6.000 francs et inférieur à 8.000 francs : 350 francs par an, 29 fr. 20 par mois et 1 fr. 20 par journée de travail.

6^e Classe. — Salaire annuel égal ou supérieur à 8.000 francs et inférieur à 10.000 francs : 450 francs par an, 37 fr. 50 par mois et 1 fr. 50 par journée de travail.

Ventilation des cotisations.

ART. 18. — Sur le montant de la double cotisation prévue à l'article 10, il est prélevé une somme fixe affectée à la constitution d'une rente viagère de vieillesse au profit de l'assuré. Cette somme, capitalisée à un compte individuel, ne peut être inférieure :

Pour le 1^{re} classe d'assurances, aux 2/10 de la cotisation

— 2 ^e —	—	3/10	—
— 3 ^e —	—	4/10	—
— 5 ^e et 6 ^e —	—	5/10	—

Le surplus de la cotisation est employé à couvrir les autres risques prévus par la présente loi, suivant une ventilation fixée annuellement par classe pour chacune des branches

d'assurances énumérées à l'article 83 (1), cette ventilation est déterminée par un décret rendu sur la proposition du Ministre du travail.

Tous les cinq ans, une loi spéciale détermine, d'après les résultats de la période quinquennale précédente, les cotisations et versements exigibles au cours des années ultérieures.

Prestations.

Dans l'exposé des motifs, nous trouvons la relation de tous les principes dont se sont inspirés les auteurs du projet pour les prestations en cas de maladie et d'invalidité.

L'assuré malade reçoit tous les soins médicaux, chirurgicaux, les médicaments et les appareils dont il peut avoir besoin ; selon l'affection dont il souffre, il est soigné chez lui ou à l'hôpital ; si une cure est de nature à améliorer son état, on l'envoie dans un établissement approprié. Il est prévu qu'une partie des capitaux recueillis par les Caisses d'assurances sera employée à la création et au perfectionnement de toutes les institutions d'hygiène préventive et curative qui font encore malheureusement défaut dans notre pays.

Toutes les maladies, blessures ou infirmités, entraînant l'incapacité de travail momentanée ou définitive de l'ouvrier lui donnent droit, outre les soins médicaux, à une indemnité en argent pour remplacer une partie de son salaire et faire subsister sa famille (2).

(1) L'article 83 est relatif au compte général de répartition. Il dispose : « Le compte général de répartition comprend les six sections suivantes, correspondant à chacune des branches d'assurance ci-dessous énumérées :

Section I : Maladie-invalidité pendant les six premiers mois.

Section II : Maladie-invalidité après le sixième mois jusqu'à la constitution de la pension d'invalidité.

Section III : Maternité.

Section IV : Décès.

Section V : Charges de famille.

Section VI : Fonds de garantie des pensions de vieillesse destiné à porter éventuellement les pensions au minimum garanti. Les frais résultant des soins accordés à la famille de l'assuré en vertu de l'article 57 sont portés en dépenses aux sections I ou III du compte général de répartition suivant le cas.

(2) Seules sont exclues certaines maladies telles que les maladies professionnelles et celles résultant d'une faute intentionnelle.

Si les soins médicaux sont les mêmes, quelle que soit la classe à laquelle appartient le malade, les prestations en argent allouées en cas de maladie ou d'invalidité varient avec la classe de l'assuré ; pour cette raison qu'elles sont destinées à remplacer le salaire, elles doivent donc lui être proportionnelles.

Durant les six premiers mois de la maladie ou de l'invalidité, l'allocation est journalière, car le malade peut se rétablir du jour au lendemain, elle doit donc pouvoir être supprimée immédiatement. Elle varie, suivant les classes, de 1 fr. 50 à 15 francs par jour et représente la moitié du salaire perdu.

A partir du sixième mois, l'indemnité est mensuelle et peut être servie pendant cinq ans. Elle varie de 45 à 250 francs par mois, soit de 55 % à 33 % du salaire, elle est donc moins forte pour les classes plus élevées que pour les classes basses.

Quand l'assuré est hospitalisé, son allocation est réduite des deux tiers s'il est célibataire, et de un tiers seulement s'il est marié et a des enfants de moins de 16 ans ou des ascendants à sa charge.

A la fin de la période de cinq années, a lieu la liquidation de la pension d'invalidité ; on prend, comme taux, celui qui a servi de base pour l'établissement de l'allocation mensuelle ; le minimum garanti est de 500 francs pour la première classe et de 3.000 francs pour la dernière.

Les allocations et honoraires n'atteignent les chiffres précités qu'en cas d'incapacité totale de travail. Quand l'assuré est atteint seulement d'une incapacité partielle de travail, elles sont réduites en proportion du pourcentage d'incapacité (Art. 32) et ne sont allouées que si l'incapacité atteint au moins 60 %.

On a fait remarquer que s'il était désirable que l'on accordât des allocations et pensions d'invalidité à des personnes atteintes d'incapacité de travail inférieure à 60 %, ce n'était guère possible, ces cas d'invalidité étant actuellement imprévisibles (1).

(1) En Allemagne la législation ne couvre que les incapacités de 66 %.

Si la maladie ou l'invalidité des assurés augmente ou diminue de gravité de telle façon que l'incapacité de travail varie de 20 % ou tombe au-dessous de 60 %, les allocations et pensions peuvent être augmentées, diminuées ou supprimées, ce qui sauvegarde à la fois les intérêts des malades et des Caisses.

Pour revendiquer les allocations journalières en cas de maladie, l'assuré doit justifier d'un versement de cent vingt cotisations au cours des six derniers mois, d'un versement de quatre cent quatre-vingts cotisations au cours des deux années qui précèdent pour les allocations mensuelles. Les assurés facultatifs doivent justifier du paiement régulier de leurs cotisations mensuelles (Art. 23).

Seuls, les assurés malades ou ceux qui sont astreints à une période de service militaire obligatoire sont dispensés du versement de toute cotisation (Art. 47).

Examinons maintenant ces prestations en détail : elles sont énumérées par l'article 21 qui dispose :

Les associés ont droit, en cas de maladie et d'invalidité : (1)

I. — Pendant les six mois qui suivent le début de l'affection ou l'accident, et pendant les cinq années suivantes :

1° Aux soins médicaux et aux interventions chirurgicales nécessaires ;

2° A la fourniture des médicaments et d'appareils ;

3° Au traitement dans les établissements de cure ;

(1) Art. 23. — I. L'assuré peut réclamer le bénéfice des dispositions de l'art. 21. (Celui qui énumère les prestations en cas de maladie ou d'invalidité.)

1° Pendant les six mois qui suivent le début de l'affection ou l'accident, à la condition d'avoir versé au cours des six mois antérieurs à cette période un minimum de 120 cotisations journalières s'il est assuré obligatoire ou ses cotisations mensuelles s'il est assuré facultatif ;

2° Au delà des six mois qui suivent le début de l'affection ou de l'accident, à la condition d'avoir versé au cours des deux années qui ont précédé cette affection ou cet accident un minimum de 480 cotisations journalières, s'il est assuré obligatoire, ou ses cotisations mensuelles, s'il est assuré facultatif.

II. Toutefois l'assuré est dispensé du paiement de ses cotisations dans les cas prévus à l'article 47.

III. Dans le cas où les versements et contributions ainsi exigés n'ont pas encore été reçus ou recouvrés par la Caisse, l'assuré peut justifier du prélèvement en produisant un certificat de l'employeur.

4^o En cas d'incapacité de travail égale ou supérieure à 60 %, à des allocations journalières ou mensuelles.

II. — Après la période sus-indiquée, et si l'incapacité de travail demeure au moins égale à 60 %, à une pension d'invalidité.

Le bénéfice des dispositions du paragraphe précédent est également acquis à l'assuré dont l'état nécessite des soins préventifs.

Taux des allocations journalières et mensuelles et des pensions d'invalidité.

1^o *Incapacité totale.* — En cas d'incapacité totale, l'assuré a droit, à partir du quatrième jour de l'affection ou de l'accident, et pendant six mois, à l'allocation journalière correspondant à la classe d'assurance à laquelle il a appartenu en dernier lieu. Cette allocation est de :

1 fr. 50	par jour	dans la 1 ^{re} classe	
3 fr.	»	—	2 ^e —
5 fr. 25	—	—	3 ^e —
8 fr. 25	—	—	4 ^e —
11 fr. 50	—	—	5 ^e —
15 fr.	»	—	6 ^e —

Au bout de six mois de durée de l'affection ou de l'accident, et pendant une période de cinq années, l'assuré a droit à une allocation mensuelle. Cette allocation correspond à sa dernière classe d'assurance, pourvu qu'il appartienne depuis cinq ans au moins à cette classe ou à une classe supérieure.

Dans le cas contraire, l'allocation qui lui est attribuée est celle qui correspond à la classe immédiatement inférieure.

Cette allocation est de :

45 fr.	par mois	dans la 1 ^{re} classe	
75 fr.	—	» —	2 ^e —
110 fr.	—	» —	3 ^e —
140 fr.	—	» —	4 ^e —
195 fr.	—	» —	5 ^e —
250 fr.	—	» —	6 ^e —

Après la période de cinq ans, qui vient d'être indiquée, l'assuré a droit à la pension d'invalidité correspondant à la classe qui a servi de base à la détermination de son allocation mensuelle.

Cette pension est de :

500 fr. par an dans la 1 ^{re} classe			
900 fr.	—	—	2 ^e —
1.275 fr.	—	—	3 ^e —
1.650 fr.	—	—	4 ^e —
2.325 fr.	—	—	5 ^e —
3.000 fr.	—	—	6 ^e —

Lorsque l'assuré est entré dans l'assurance après sa trentième année, la pension d'invalidité est réduite de un trentième par année ou fraction d'année d'âge comprise entre 30 ans et l'âge d'entrée. Une pension minima de 500 francs est garantie s'il a acquitté jusqu'au moment de sa maladie ou son accident, au moins les quatre cinquièmes des versements exigés.

2^o *Invalidité partielle.* — Ainsi que nous l'avons déjà vu, en cas d'incapacité partielle, égale ou supérieure à 60 %, les allocations journalières ou mensuelles ainsi que la pension d'invalidité auxquelles l'assuré aurait droit pour incapacité totale de travail, sont réduites et fixées en proportion du pourcentage d'incapacité. Ce pourcentage est fixé par un barème arrêté par le Ministre du Travail.

Constatation de l'incapacité de travail.

Le médecin traitant de l'assuré rédige un rapport sur l'état de son malade ; à l'aide de ce rapport, la Caisse détermine, en se référant au barème ci-dessus indiqué, le pourcentage d'incapacité de travail de l'assuré et le lui notifie. L'assuré a un recours devant une Commission de médecins composée du médecin traitant, d'un médecin désigné par l'assuré et d'un médecin arbitre choisi par les deux premiers.

Revision de l'incapacité de travail.

Elle peut être faite, soit à la demande de l'assuré, soit à la demande de la Caisse et, dans tous les cas, à l'expiration des sixièmes et douzièmes mois qui suivent le début de l'affection ou de l'accident, et à la fin de chacune des quatre années suivantes.

Extinction des prestations.

Elle se produit au moment où commencent à courir les arrérages de la pension de vieillesse et, en tout cas, dès que l'assuré a atteint l'âge de 65 ans.

Constitution de la pension d'invalidité.

(ART. 40). — 1^o La conversion d'une allocation journalière en allocation mensuelle, donne lieu à la liquidation totale ou partielle du compte individuel d'assurance-vieillesse du bénéficiaire de l'allocation (ce compte individuel d'assurance-vieillesse est liquidé partiellement lorsque l'incapacité de travail de l'assuré est partielle et dans la mesure de cette incapacité) ;

2^o A l'ouverture d'un compte individuel d'assurance-invalidité, auquel sont transportées les rentes annulées.

Lorsque l'allocation mensuelle ou la pension d'invalidité est supprimée, on procède à une nouvelle opération en sens inverse.

Du concours des lois d'assistance avec l'assurance sociale.

Les allocations journalières ou mensuelles et les pensions d'invalidité ne peuvent se cumuler avec les allocations attribuées par application de la loi du 14 juillet 1905, sur l'assistance aux vieillards infirmes et incurables. Toutefois, si le secours auquel aurait eu droit l'assuré en vertu de la loi précitée, est supérieur à l'allocation ou à la pension qui lui est attribuée par le projet de loi, il lui est accordé une somme

complémentaire, portant cette allocation ou pension au taux dudit secours d'assistance.

Institutions de l'assurance-maladie.

Pour appliquer la loi, il est créé des régions d'assurance dont le nombre ne peut dépasser vingt-cinq. Dans chaque région, se trouve une Caisse régionale et un Office régional.

1^o *Les Caisses régionales.* — Les Caisses régionales effectuent sous leur propre responsabilité, toutes les opérations d'assurance qui concernent leurs membres (tous les assurés obligatoires ou facultatifs de la région qui n'ont pas adhéré à d'autres Caisses dont nous allons dire un mot).

Les Caisses régionales sont administrées par un Conseil de trente-six membres comprenant des représentants, des assurés, des employeurs, des intérêts généraux.

L'assurance-maladie des six premiers mois peut être réalisée par d'autres Caisses, car dit l'exposé des motifs : « Les soins médicaux et pharmaceutiques seront mieux appropriés au malade si la Caisse dont il fait partie peut exactement apprécier ses besoins, sa situation sociale, le milieu dans lequel il vit. »

Les Sociétés de secours mutuels sont autorisées sous certaines conditions (1) à fonder des Caisses mutualistes d'assurance-maladie.

Des Caisses syndicales ou patronales peuvent également être créées et se charger à la place des Caisses régionales pour leurs membres, du service maladie des six premiers mois.

Quant à l'assurance qui couvre les risques de maladie ou d'invalidité, à partir du sixième mois, les auteurs du projet niant les résultats obtenus par les Caisses mutualistes de réassurance de longue maladie, estiment que *c'est une branche encore peu expérimentée en France, que les organismes privés s'en sont à peine occupés ; aussi, leur a-t-il paru prudent d'en confier le fonctionnement exclusif aux Caisses régionales.*

(1) Elles doivent pour cela fonctionner sous le régime de la loi du 1^{er} avril 1898, et posséder des services indépendants de la présente loi. (Art. 97.)

Ils ajoutent qu'en raison de leurs effectifs importants, ces Caisses seront seules en mesure de réaliser avec succès des opérations qui comportent encore quelques aléas, et de créer les établissements de cure et de prévention que nécessitent la nature des maladies (tuberculose, maladies nerveuses, syphilis, alcoolisme) auxquelles cette assurance s'applique.

Nous dirons plus loin ce que nous pensons de ces affirmations.

Au-dessus de toutes les Caisses d'assurance se trouve un organisme financier, la Caisse générale de garantie qui constitue « un réservoir commun où se déversera une partie des excédents de recettes réalisées par les Caisses régionales mutualistes, patronales ou syndicales, et qui alimentera le budget des Caisses déficitaires ».

Le Conseil d'administration de cette Caisse est composé de représentants de toutes les catégories de Caisses.

2^o *Les Offices régionaux.* — Ce sont les organes de contrôle ; ils règlent les rapports à établir entre les salariés, les patrons et les Caisses. Ils contrôlent le fonctionnement des Caisses.

Mais, surtout, ils remplissent le rôle d'éducateurs sociaux, ils doivent enseigner à tous, non seulement le respect de la loi, mais encore son utilité, ses avantages et sa portée.

Ils constituent un établissement public et relèvent du Ministère du Travail.

Charges financières supportées par l'Etat du fait de sa contribution à l'assurance invalidité (1) :

L'Etat, pendant les deux premières années du fonctionnement de l'assurance n'aura à supporter aucune dépense, les assurés ne pouvant prétendre aux allocations d'invalidité qu'après deux années de versements. A la troisième année, la participation de l'Etat dans la constitution des allocations et pensions d'invalidité sera de 4 millions.

Pour la participation de l'Etat à la construction et à l'aména-

(1) La pension d'invalidité devant atteindre les chiffres cités qui sont des chiffres minima, si les rentes produites par les versements des intéressés n'atteignent pas ces taux, l'Etat en complète le montant.

gement des établissements de prévention et de cure, il convient de prévoir un crédit de 10 millions.

Charges probables de l'Etat pour les quarante-cinq premières années :

Années	Dépense totale
1923.	156.000.000 de francs
1924.	147.000.000 »
1925.	253.000.000 »
1926.	275.000.000 »
1927.	293.000.000 »
1928.	308.000.000 »
1929.	319.000.000 »
1930.	327.000.000 »
1931.	332.000.000 »
1932.	335.000.000 »
1933.	336.000.000 »
1934.	336.000.000 »
1935.	332.000.000 »

Nous avons exposé les grandes lignes de ce projet dans un appendice, car il est impossible d'étudier séparément la manière dont il organise l'assurance longue maladie, et l'assurance-invalidité.

Il confie ces deux services aux Caisses régionales qu'il estime « seules en mesure de réaliser des opérations aussi importantes qui comportent encore quelques aléas ».

Il est assez ardu de comparer les résultats obtenus par les Caisses de réassurance de longue maladie et les avantages accordés aux assurés par ce projet.

D'un côté, en effet, jamais les soins médicaux ne sont accordés, les allocations de longue maladie ont une durée toujours inférieure à cinq ans, et les pensions d'invalidité ne sont constituées qu'au profit de certains invalides; de l'autre côté, les secours médicaux sont toujours accordés, la durée des indemnités de maladie est de cinq ans, et toutes les catégories d'invalides ont droit à ces pensions.

Une autre difficulté, c'est que la proportion des cotisations affectée au service maladie-invalidité n'est connue qu'avec

une certaine approximation. Tout ce que l'on sait, c'est qu'il est affecté à l'assurance-vieillesse :

Pour la 1^{re} classe, les 2/10 de la cotisation

—	2 ^e	—	—	3/10	—
—	3 ^e	—	—	4/10	—
—	4 ^e	—	—	4,5/10	—
—	5 ^e	—	—	5/10	—
—	6 ^e	—	—	5/10	—

Le surplus de la cotisation étant employé à couvrir les autres risques prévus par la présente loi, suivant une ventilation fixée annuellement par classe, pour chacune des branches énumérées à l'article 83 (*voir* page 138, note 1), cette ventilation est déterminée par un décret rendu sur la proposition du Ministre du Travail (1).

Nous citons tout de même deux tableaux de la comparaison desquels il semble résulter que les résultats obtenus par les Caisses de réassurance sont proportionnellement plus beaux que ceux promis par le projet :

Projet.

Cotisations	Allocations		
45 fr. par an	45 fr. par mois	1 ^{re} classe	5 années <i>avec</i> <i>secours</i> <i>médicaux</i>
90 fr. —	75 fr. —	2 ^e —	
160 fr. —	110 fr. —	3 ^e —	
250 fr. —	140 fr. —	4 ^e —	
350 fr. —	195 fr. —	5 ^e —	
450 fr. —	250 fr. —	6 ^e —	

Après ces cinq années, en cas d'incapacité totale :

500 fr. par an, pour la 1 ^{re} classe			
900 fr.	—	—	2 ^e —
1.275 fr.	—	—	3 ^e —
1.500 fr.	—	—	4 ^e —
2.325 fr.	—	—	5 ^e —
3.000 fr.	—	—	6 ^e —

(1) Tous les cinq ans, une loi spéciale détermine, d'après les résultats de la période quinquennale précédente, les cotisations et versements exigibles au cours des années ultérieures. (Art. 18.)

CAISSES DE REASSURANCE

Caisse de Toulon.

Cotisation annuelle

Allocations

1 fr. 30

36 fr. par mois

} 3 ans
sans sec.
médicaux

Après ces trois années, en cas d'incapacité totale ou immédiatement, si le malade est infirme ou incurable :

0 fr. 25 $\times$ 365 = 91 fr. 25 sans secours médicaux.

Caisse d'Angers.

Cotisation annuelle

Allocations

3 fr.

45 fr. de 1 à 6 mois

30 fr. de 6 à 21 mois

} sans
secours
médicaux

Après ces vingt et un mois indéfiniment, et en cas d'incapacité totale :

120 francs par an.

Ce projet est évidemment satisfaisant sous certains rapports. Il tient compte, en effet :

1^o Des invalides temporaires partiels dont l'incapacité atteint au moins 60 %. On a vu qu'il leur accordait des allocations mensuelles pendant cinq ans, et ensuite une pension d'invalidité ;

2^o Des invalides temporaires totaux auxquels il accorde des avantages analogues à ceux précités pendant cinq ans ; à partir de cinq ans, il accorde une pension à ces mêmes personnes, car il considère qu'à ce moment leur invalidité est devenue définitive.

On nous permettra cependant de dire que ses auteurs ont été profondément injustes en niant les efforts faits par les

mutualistes pour organiser l'assurance longue maladie et l'assurance-invalidité dans les Caisses de réassurance.

Peut-on parler d'une branche peu expérimentée dont les organismes privés se sont peu occupés lorsque, pour l'exploitation de cette branche, on comptait en 1914, 94 Caisses de 188.968 adhérents ? Le moins qu'on puisse dire, c'est que les auteurs du projet, en émettant la prétention d'organiser par leurs propres moyens l'assurance contre la longue maladie et l'assurance contre l'invalidité, sans vouloir profiter de l'expérience acquise dans ce domaine, se sont montrés singulièrement téméraires.

CONCLUSION

Un gros obstacle opposé au développement des Caisses de réassurance tient, comme nous l'avons exposé dans notre première partie, à la diversité des périodes de secours des Sociétés de secours mutuels ; du fait de cette diversité, les institutions de réassurance ont à supporter des charges inégales suivant les Sociétés d'origine des malades auxquels elles distribuent des indemnités.

Tous les moyens employés pour rétablir l'équilibre, tels que : échelles de cotisations, fixation d'un moment déterminé à partir duquel on prendrait le malade atteint de longue maladie, ont échoué et nous avons déjà vu qu'une seule mesure s'imposait : la fixation d'une période de secours, toujours la même, d'une Société à l'autre.

Une objection sérieuse qu'on peut leur faire actuellement, c'est qu'elles ne viennent en aide qu'à une seule catégorie d'invalides : ceux frappés d'une incapacité permanente totale de travail. Cette critique est exacte, pourvu qu'on ne demande pas que les individus frappés d'incapacité de travail au-dessous d'un certain taux soient secourus définitivement.

Nous estimons, en effet, que s'engager aujourd'hui à couvrir les incapacités inférieures à 60 %, serait très dangereux, car ces cas demeurent en dehors des statistiques actuelles ; si on le faisait, on sortirait des limites actuarielles pour entrer dans l'inconnu (1).

Pour ne plus prêter le flanc à la critique, il serait désirable à notre avis que les Sociétés de secours mutuels accordassent, pendant six mois, trois sortes d'allocations journalières :

(1) En Allemagne, seuls les incapables de 66 % et au-dessus sont pensionnés.

1^o Des allocations pour les individus dont la capacité de travail serait réduite à zéro ;

2^o Des allocations pour les individus dont la capacité de travail serait inférieure à 40 % ;

3^o Des allocations pour ceux ne disposant que d'une capacité de travail comprise entre 40 et 100 %.

Au bout de six mois, les malades entreraient dans les Caisses de réassurance qui verseraient à chaque catégorie de malades une indemnité différente.

Ces indemnités pourraient être mensuelles, les individus souffrants depuis six mois ne se guérissant pas du jour au lendemain.

Enfin, au bout de trois ans de ce régime, les incapables de plus de 60 % et les incapables totaux toucheraient des pensions d'invalidité et seraient tenus de se présenter tous les cinq ans devant une Commission médicale qui maintiendrait, modifierait ou supprimerait ces pensions selon les fluctuations de la capacité de travail des pensionnés.

Voici quels devraient être les avantages accordés aux invalides partiels et totaux.

Quant aux malades qui, au delà des six mois de traitement dans leur Société d'origine, auraient une capacité de travail réduite de moins de 60 %, nous estimons que les allocations qu'ils toucheraient pendant trois ans (1) représenteraient, pour le moment, un sacrifice suffisant fait en leur faveur.

Durant ces trois ans, leur existence serait en effet assurée en partie, et ils auraient la possibilité de se rééduquer.

Peut-être qu'au bout de quelques années de fonctionnement, on pourra abaisser la limite au delà de laquelle nous proposons de constituer des pensions, mais actuellement nous ne croyons pas que ce soit possible.

Nous pensons que les Sociétés de secours mutuels et les Caisses de réassurance auraient tout avantage à créer un

(1) Ce chiffre de trois ans a été proposé par la Caisse de Nice ; c'est celui de la durée des indemnités de longue maladie à la Caisse de Toulon ; il fut proposé également dans le 2^e vœu émis au Congrès des Caisses de réassurance de Toulon, réuni en 1912.

organisme central qui réunirait toutes les suggestions relatives au perfectionnement du service de longue maladie et d'invalidité et établirait des statistiques, de façon à ce que l'on puisse prévoir ces risques avec une approximation aussi grande que possible.

Doit-on instituer l'obligation en matière d'assurance-maladie et d'assurance-invalidité ?

Nous n'hésitons pas à répondre : oui ! Tous les mutualistes sont aujourd'hui de cet avis ; ils se sont rendu compte que l'assurance facultative avait fait son temps.

C'est seulement l'obligation qui forcera les patrons à accomplir leurs devoirs de paternité sociale, qui permettra de répartir les risques de maladie et d'invalidité sur un grand nombre de têtes et donnera la facilité de tenir compte des ressources de chaque assuré pour établir les cotisations.

C'est cette possibilité de proportionner les cotisations aux ressources qui est la cause des beaux résultats obtenus en Alsace et en Lorraine en matière d'assurance-maladie et d'invalidité.

Le projet de loi du 22 mars 1921, considérant que « les organismes privés se sont encore à peine occupés des risques de maladie ou d'invalidité à partir du sixième mois », dit qu'il « a paru prudent d'en confier le fonctionnement exclusif aux Caisses régionales ».

Si ce projet était appliqué, les Caisses de réassurance seraient donc supprimées purement et simplement.

Pourquoi instituer dans ce domaine un nouveau monopole ?

Pourquoi, alors que dans ce projet, les Sociétés de secours mutuels sont autorisées à assurer le service maladie concurremment avec les Caisses régionales, refuser de profiter de l'expérience acquise en matière de longue maladie et d'invalidité par les Caisses de réassurance ?

On nous objectera que les résultats obtenus par les Sociétés de secours mutuels sont beaucoup plus importants que ceux atteints par la réassurance ; que, notamment, leurs effectifs sont beaucoup plus considérables.

Nous ne le nions pas, mais si les Sociétés de secours mutuels ont atteint un tel développement, c'est qu'elles poursuivent différents buts, tels que : la constitution de pensions de retraites, d'assurances individuelles ou collectives en cas de vie ou de mort, etc..., et que, pour leur permettre d'atteindre ces différents buts, elles furent toujours plus largement subventionnées que les Caisses de réassurance.

Leur budget étant ainsi grossi, elles en ont fait profiter leur service d'assurance-maladie.

Nous estimons qu'une expérience de quarante années à peine, entreprise avec des moyens aussi réduits que ceux dont disposaient les Caisses de réassurance, n'est pas concluante.

Nous ne demandons pas que le service tout entier de l'assurance longue maladie et invalidité soit confié aux Caisses de réassurance, mais nous croyons que, réorganisées de la manière que nous avons indiquée au début de notre conclusion, elles pourraient fort bien organiser ce service pour leurs membres.

Il faudrait, évidemment, qu'elles profitassent des mêmes avantages que ceux faits aux organismes d'Etat.

Les deux catégories d'institution fonctionnant côte à côte s'efforceraient d'attirer à elles le plus grand nombre de personnes possible (1) ; une émulation qui ne manquerait pas d'être profitable aux assurés se produirait certainement entre elles.

Sans vouloir prophétiser sur la lutte qui s'engagerait entre organismes privés et organismes d'Etat, nous pouvons bien dire que ceux-ci auraient fort à faire pour accorder aux assurés les mêmes avantages que ceux qui ne manqueraient pas d'être offerts par les institutions mutualistes dans lesquelles on rencontre un esprit de dévouement et de désintéressement peu fréquents, tous les membres donnant leur temps et leur activité sans compter pour la prospérité de l'œuvre commune.

Nous avons déjà fait remarquer dans notre première partie que les Caisses de réassurance, prenant pour elles la totalité

(1) Car il est bien entendu que chaque assuré devrait avoir la faculté d'adhérer à l'organisme de son choix, mutualiste ou non.

du risque de longue maladie, faisaient l'assurance de ce risque et non sa réassurance. Comme celles qui accordent des pensions d'invalidité procèdent de la même manière, la même remarque, en ce qui concerne l'invalidité, leur est applicable.

D'autre part, les modifications que nous serions désireux de voir faire aux Caisses de réassurance ne les empêcheraient pas d'assumer la totalité des risques de longue maladie et d'invalidité, il serait donc désirable de leur donner, si on les conserve lors de la prochaine réforme, une dénomination qui corresponde à leur rôle.

Il nous paraîtrait convenable de les appeler : Caisses mutualistes de longue maladie et d'invalidité.

Vu :

Le Président de la Thèse :

A. SOUCHON.

Vu :

Le Doyen : F. LARNAUDE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie de Paris :

P. APPELL.

